



**Condiciones Generales del Seguro Colectivo Indemnizatorio de
Accidentes Personales Integral**

RECAS

INDICE

Seguro Colectivo Indemnizatorio de Accidentes Personales Integral.....	13
I. Definiciones Generales.....	13
II. Objeto.....	17
III. Condiciones Generales.....	18
PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	18
Edad.....	18
Beneficiarios.....	19
SEGUNDA. DE LA PRIMA.....	20
TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO.....	21
Vigencia.....	21
Renovación.....	21
Rectificaciones y Modificaciones.....	21
Terminación del Contrato de Seguro.....	22
CUARTA. DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	22
Ingresos.....	23
Bajas.....	23
Registro de Asegurados.....	23
Expediente.....	24
Acceso a la información.....	24
QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN.....	24
Aviso de Ocurrencia del Evento.....	24
Indemnización.....	25
Revisión de Reclamaciones.....	26
Indemnización por Mora.....	27
SEXTA. MISCELÁNEOS.....	29
Prescripción.....	29
Competencia.....	29
Comunicaciones.....	30
Comisión o Compensación Directa.....	30
Moneda.....	30
Dividendos.....	31
Carencia de restricciones.....	31
Excepción a carencia de restricciones.....	31
DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	34
IV. CONDICIONES PARTICULARES.....	35
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.....	35
1. Descripción de la Cobertura.....	35
2. Exclusiones.....	35
3. Comprobación.....	36
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE O ACUÁTICO).....	37
1. Descripción de la Cobertura.....	37
2. Exclusiones.....	37

3. Comprobación	38
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO.	39
1. Descripción de la Cobertura	39
2. Exclusiones.....	39
3. Comprobación	40
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULO TERRESTRE PARTICULAR EN CALIDAD DE PASAJERO O CHOFER (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO).....	41
1. Descripción de la Cobertura	41
2. Exclusiones.....	41
3. Comprobación	42
INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS INCLUYENDO LA VISTA.	43
1. Descripción de la Cobertura	43
2. Exclusiones.....	44
3. Comprobación	46
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL	47
1. Descripción de la Cobertura	47
2. Exclusiones.....	48
3. Comprobación	49
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.....	50
1. Descripción de la Cobertura	50
2. Exclusiones.....	50
3. Comprobación	51
INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE.....	52
1. Descripción de la Cobertura	52
2. Exclusiones.....	54
3. Comprobación	55
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE	56
1. Descripción de la Cobertura	56
2. Exclusiones.....	56
3. Criterio de Indemnización.	56
4. Comprobación	57
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.....	58
1. Descripción de la Cobertura.....	58
2. Exclusiones	58
3. Criterio de Indemnización.	59
4. Comprobación.....	60
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE CÁNCER	61
1. Descripción de la Cobertura.....	61
2. Exclusiones	61
3. Criterio de Indemnización.	61
4. Comprobación.....	62
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.....	63
1. Descripción de la Cobertura	63
2. Exclusiones.....	63

3. Comprobación	66
BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO DIRECTO PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.....	67
1. Descripción de la cobertura.....	67
INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE. .	68
1. Descripción de la Cobertura	68
2. Exclusiones.....	68
3. Comprobación	70
INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.....	71
1. Descripción de la Cobertura	71
2. Exclusiones.....	71
3. Comprobación	73
INDEMNIZACIÓN POR LESIONES PERSONALES.	74
1. Descripción de la Cobertura	74
2. Exclusiones	74
3. Comprobación	74
INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE UN ÓRGANO.....	75
1. Descripción de la Cobertura	75
2. Exclusiones.....	75
3. Comprobación.	76
INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURAS GRAVES.	77
1. Descripción de la Cobertura	77
2. Exclusiones.....	77
3. Comprobación	78
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE POLITRAUMATISMO GRAVE.	79
1. Descripción de la Cobertura	79
2. Exclusiones.	79
3. Comprobación.	79
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE TRAUMA CRANEO ENCEFÁLICO GRAVE...	80
1. Descripción de la Cobertura	80
2. Exclusiones.	80
3. Comprobación.	80
INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR TRAUMA OCULAR GRAVE.	81
1. Descripción de la Cobertura	81
2. Exclusiones.	81
3. Comprobación.....	81
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE ENFERMEDADES	82
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER).....	83
1. Descripción de la Cobertura	83
2. Exclusiones.....	83
3. Comprobación	84
4. Forma de pago	85
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL.	86

1. Descripción de la Cobertura	86
2. Exclusiones	86
3. Comprobación	86
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.....	87
1. Descripción de la Cobertura	87
2. Requisitos de Elegibilidad.....	87
3. Exclusiones	87
4. Comprobación	88
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.	89
1. Descripción de la Cobertura	89
2. Requisitos de Elegibilidad.....	89
3. Exclusiones.....	89
4. Comprobación	89
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE MAMA.	91
1. Descripción de la Cobertura	91
2. Requisitos de Elegibilidad.....	91
3. Exclusiones.....	91
4. Comprobación	91
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER MALIGNO DE PRÓSTATA.	93
1. Descripción de la Cobertura	93
2. Exclusiones	93
3. Comprobación	94
4. Forma de Pago	94
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE TESTÍCULO(S).....	95
1. Descripción de la Cobertura	95
2. Exclusiones.....	95
3. Comprobación	96
4. Forma de pago	96
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE PULMÓN.	97
1. Descripción de la Cobertura	97
2. Exclusiones.....	97
3. Comprobación	97
4. Forma de pago	98
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.	99
1. Descripción de la Cobertura	99
2. Exclusiones	99
3. Comprobación	99
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES.....	100
1. Descripción de la Cobertura	100
2. Exclusiones	100
3. Comprobación	100
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.	101
1. Descripción de la Cobertura	101
2. Exclusiones	101

3. Comprobación.....	101
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE Distrofia Muscular.	102
1. Descripción de la Cobertura	102
2. Exclusiones.....	102
3. Comprobación	103
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ CON Ceguera (Total y Permanente).	104
1. Definición de la Cobertura	104
2. Exclusiones	104
3. Comprobación	104
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ POR Pérdida Total de la Audición. ...	105
1. Descripción de la Cobertura	105
2. Exclusiones	105
3. Comprobación.....	105
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE COMA Profundo.	106
1. Descripción de la Cobertura	106
2. Exclusiones.....	106
3. Comprobación.....	106
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PRIMERA VEZ.....	107
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN GENERAL	108
1. Descripción de la cobertura.....	108
2. Exclusiones.....	108
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CÁNCER.....	110
1. Descripción de la cobertura	110
2. Exclusiones.....	110
INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CÁNCER	111
1. Descripción de la cobertura	111
2. Exclusiones.....	111
INDEMNIZACIÓN POR COLOCACIÓN DE PRÓTESIS POR CIRUGÍA RADICAL DE CÁNCER DE MAMA.....	112
1. Descripción de la cobertura	112
2. Exclusiones.....	112
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA REMOVER EL APÉNDICE	112
1. Descripción de la cobertura.....	112
2. Exclusiones.....	113
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA VESÍCULA POR LITIASIS VESICULAR. ...	114
1. Descripción de la Cobertura	114
2. Exclusiones.....	114
3. Comprobación	114
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA QUITAR EL ÚTERO O MATRIZ.....	115
1. Descripción de la Cobertura	115
2. Exclusiones.....	115
3. Comprobación	115
INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA EXTIRPACION PARCIAL O TOTAL DE LA GLÁNDULA TIROIDES.....	116
1. Descripción de la Cobertura	116

2. Exclusiones.....	116
INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA PARA CORREGIR LA DILATACIÓN DE GRANDES VASOS	117
1. Descripción de la Cobertura	117
2. Exclusiones.....	117
INDEMNIZACIÓN POR DESCOMPRESIÓN A NIVEL DEL TÚNEL DEL CARPO.....	118
1. Descripción de la Cobertura	118
2. Exclusiones.....	118
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR GLAUCOMA.....	119
1. Descripción de la Cobertura	119
2. Exclusiones.....	119
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RETINOPEXIA - DIATERMIA – CRIO, FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER	120
1. Descripción de la Cobertura	120
2. Exclusiones.....	120
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR CAPSULOTOMÍA	121
1. Descripción de la Cobertura	121
2. Exclusiones.....	121
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	122
1. Descripción de la Cobertura	122
2. Exclusiones.....	122
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TIMPANOPLASTÍA.....	123
1. Descripción de la Cobertura	123
2. Exclusiones.....	123
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA	124
1. Descripción de la Cobertura	124
2. Exclusiones.....	124
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PUNCIÓN DE BIOPSIA DE TIROIDES	125
1. Descripción de la Cobertura	125
2. Exclusiones.....	125
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPOFISECTOMÍA TRANSEPTOESFENOIDAL	126
1. Descripción de la Cobertura	126
2. Exclusiones.....	126
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MASTECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN GLANDULA MAMARIA COMPLETA INCLUYENDO GANGLIOS AXILARES)	127
1. Descripción de la Cobertura	127
2. Exclusiones.....	127
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MASTECTOMÍA SIMPLE	128
1. Descripción de la Cobertura	128
2. Exclusiones.....	128
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA (QUISTE O FIBROADENOMA)	129

1. Descripción de la Cobertura	129
2. Exclusiones.....	129
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CUADRANTECTOMÍA (EXTIRPACIÓN PARCIAL DE LA GLANDULA MAMARIA).....	130
1. Descripción de la Cobertura	130
2. Exclusiones.....	130
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA COLOCACIÓN DE MARCAPASO DEFINITIVO.....	131
1. Descripción de la Cobertura	131
2. Exclusiones.....	131
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO (PILA DEL MARCAPASO)	132
1. Descripción de la Cobertura	132
2. Exclusiones.....	132
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA REEMPLAZO DE VÁLVULA CARDIACA.....	133
1. Descripción de la Cobertura	133
2. Exclusiones.....	133
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CIERRE DE DEFECTOS AURICULARES O VENTRICULARES (CIRUGÍA DE CAVIDADES DEL CORAZÓN).	134
1. Descripción de la Cobertura	134
2. Exclusiones.....	134
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA (CIRUGÍA PARA CORREGIR LA DILATACIÓN DE GRANDES VASOS).	135
1. Descripción de la Cobertura	135
2. Exclusiones.....	135
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DERIVACIÓN BY PASS CORONARIO ÚNICO O DOBLE (PUENTE CORONARIO).	136
1. Descripción de la Cobertura	136
2. Exclusiones.....	136
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL CORONARIA.....	137
1. Descripción de la Cobertura	137
2. Exclusiones.....	137
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PERIFÉRICA PARA HEMODIALISIS.	138
1. Descripción de la Cobertura	138
2. Exclusiones.....	138
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR SAFENECTOMÍA (CIRUGÍA DE VÁRICES).	139
1. Descripción de la Cobertura	139
2. Exclusiones.....	139
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HERNIOPLASTÍA (INGUINAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, UMBILICAL) UNILATERAL O BILATERAL.....	140
1. Descripción de la Cobertura	140

2. Exclusiones.....	140
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO GASTROSTOMÍA (COMUNICAR EL ESTÓMAGO CON LA PARED ABDOMINAL).	141
1. Descripción de la Cobertura	141
2. Exclusiones.....	141
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMICOLECTOMÍA DERECHA O IZQUIERDA (EXTIRPACIÓN DE INTESTINO GRUESO).	142
1. Descripción de la Cobertura	142
2. Exclusiones.....	142
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENTEROTOMÍA O ESTEROSTOMÍA TEMPORARIA O DEFINITIVA.	143
1. Descripción de la Cobertura	143
2. Exclusiones.....	143
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMORROIDECTOMÍA CON O SIN FISURA ANAL (EXTIRPACIÓN DE HEMORROIDES).	144
1. Descripción de la Cobertura	144
2. Exclusiones.....	144
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FISTULECTOMÍA, FISTULOTOMÍA, FISURECTOMÍA, CRIPTECTOMÍA O PAPILECTOMÍA (DEFECTOS DEL RECTO Y ANO).	145
1. Descripción de la Cobertura	145
2. Exclusiones.....	145
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INCISIÓN O DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL (CIRUGÍA DE ABSCESO ANAL).	146
1. Descripción de la Cobertura	146
2. Exclusiones.....	146
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO RADICAL DEL ABSCESO PERIANAL CON RESECCIÓN (CIRUGÍA AMPLIA DE ABSCESO ANAL).	147
1. Descripción de la Cobertura	147
2. Exclusiones.....	147
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LINFADENECTOMÍA CERVICAL, AXILAR O INGUINAL RADICAL (EXTIRPACIÓN DE CADENAS GANGLIONARES).	148
1. Descripción de la Cobertura	148
2. Exclusiones.....	148
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE NEFRECTOMÍA TOTAL, CUALQUIERA QUE FUERA LA VÍA UTILIZADA (EXTIRPACIÓN DE RIÑÓN).	149
1. Descripción de la Cobertura	149
2. Exclusiones.....	149
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA DE ORINA.	150
1. Descripción de la Cobertura	150
2. Exclusiones.....	150
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROSTATECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN DE PRÓSTATA, INCLUYENDO GANGLIOS).	151
1. Descripción de la Cobertura	151

2. Exclusiones.....	151
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA RESECCIÓN TRANS-URETRAL DE PRÓSTATA.	152
1. Descripción de la Cobertura	152
2. Exclusiones.....	152
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIDROCELE Y/O VARICOCELE (TESTÍCULO OCUPADO POR VÁRICES O LÍQUIDO).	153
1. Descripción de la Cobertura	153
2. Exclusiones.....	153
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR CONIZACIÓN O CERCLAJE DEL CUELLO DE LA MATRIZ.	154
1. Descripción de la Cobertura	154
2. Exclusiones.....	154
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR COLPORRAFIA Y/O COLPO-PERINEOPLASTÍA ANTERIOR Y/O POSTERIOR.	155
1. Descripción de la Cobertura	155
2. Exclusiones.....	155
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULAS DE BARTHOLIN.....	156
1. Descripción de la Cobertura	156
2. Exclusiones.....	156
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESIS EN HÚMERO, PÉLVIS, SACRO, FÉMUR, TIBIA, Y/O TIBIA-PERONÉ.....	157
1. Descripción de la Cobertura	157
2. Exclusiones.....	157
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESIS EN CUBITO, RADIO Y/O TERCIO INFERIOR DE UNO O MÁS HUESOS.....	158
1. Descripción de la Cobertura	158
2. Exclusiones.....	158
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROPLASTÍA DE CADERA.	159
1. Descripción de la Cobertura	159
2. Exclusiones.....	159
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROPLASTÍA DE RODILLA.....	160
1. Descripción de la Cobertura	160
2. Exclusiones.....	160
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA APLICACIÓN DE PRÓTESIS EN LA COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR, LA CADERA Y/O LA RODILLA.	161
1. Descripción de la Cobertura	161
2. Exclusiones.....	161
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LUXACIÓN EN LA CADERA Y/O LA RODILLA.....	162
1. Descripción de la Cobertura	162
2. Exclusiones.....	162

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LUXACIÓN DE CLAVÍCULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO Y/O TOBILLO.....	163
1. Descripción de la Cobertura	163
2. Exclusiones.....	163
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LUXACIÓN DE METACARPO O METATARSO-FALÁNGICA.	164
1. Descripción de la Cobertura	164
2. Exclusiones.....	164
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TENOPLASTÍA CON ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO O INJERTO.....	165
1. Descripción de la Cobertura	165
2. Exclusiones.....	165
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DISCECTOMÍA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR.	166
1. Descripción de la Cobertura	166
2. Exclusiones.....	166
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE NEUMONECTOMÍA TOTAL.	167
1. Descripción de la Cobertura	167
2. Exclusiones.....	167
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOBECTOMÍA (1 SÓLO LÓBULO PULMONAR).	168
1. Descripción de la Cobertura	168
2. Exclusiones.....	168
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA.	169
1. Descripción de la Cobertura	169
2. Exclusiones.....	169
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS URINARIOS POR ENDOSCOPIA O MICROCRURÍA O VÍA PERCUTÁNEA URETERALES O PÉLVICOS (LITOTRIPSIA).....	170
1. Descripción de la Cobertura	170
2. Exclusiones.....	170
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DECORTICACIÓN PULMONAR TOTAL.	171
1. Descripción de la Cobertura	171
2. Exclusiones.....	171
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMAS CEREBRALES CON BALÓN O COILS.	172
1. Descripción de la Cobertura	172
2. Exclusiones.....	172
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA COLOCACIÓN DE STENTS ARTERIALES O VENOSOS.	173
1. Descripción de la Cobertura	173
2. Exclusiones.....	173
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CRANEOTOMÍA O PARALOBOTOMÍA INCLUYENDO CINGULOTOMÍA.....	174

1. Descripción de la Cobertura	174
2. Exclusiones.....	174
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EXCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL.....	175
1. Descripción de la Cobertura	175
2. Exclusiones.....	175
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CRANEOFACIAL LEFORT III CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS INTERNO.....	176
1. Descripción de la Cobertura	176
2. Exclusiones.....	176
INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE NEUROCIRUGÍA.....	177
1. Descripción de la Cobertura	177
2. Exclusiones	177
V. SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	178
SERVICIO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA.....	178
1. Descripción del Servicio	178
2. Condiciones	179
3. Exclusiones	179

Seguro Colectivo Indemnizatorio de Accidentes Personales Integral

Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (la "**Compañía**"), es la institución de seguros legalmente constituida y autorizada para actuar como tal de conformidad con la legislación mexicana, responsable de pagar las indemnizaciones contratadas en caso de ocurrir un Evento, según lo previsto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares aplicables.

I. Definiciones Generales

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro:

Accidente. Significa acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. Tratándose de la muerte del Asegurado por suicidio esta no se considera muerte accidental y se procederá, en términos de lo dispuesto en el Artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro por lo que la Compañía únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada.

Alta del Certificado. Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

Asalto. Es la acción violenta, física o moral, que se ejerce directamente contra una persona con el propósito de desposeerla de su teléfono celular, ya sea mediante amagos o amenazas.

Asegurado. Significa la persona física que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y que por instrucción del Contratante, se encuentra cubierta al amparo de éste Contrato de Seguro por formar parte de la Colectividad Asegurada.

Beneficiario(s). Significa aquella(s) persona(s) que tiene(n) derecho a recibir los beneficios de este Seguro en caso de que se verifique la muerte del Asegurado conforme a las condiciones generales y particulares previstas en este Contrato de Seguro.

Cáncer. Término aplicado al crecimiento ilimitado, no controlado y esparcido de células malignas con invasión del tejido del órgano que le dio origen, con tendencia a la invasión de otros órganos o estructuras vecinas o distantes. El cáncer debe ser confirmado por evidencia histológica de malignidad por un oncólogo o patólogo calificado.

Certificado Individual. Significa el medio en el cual se hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, la vigencia y demás datos que detallen las características del riesgo cubierto por la Compañía, respecto de cada Asegurado de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 16 del Reglamento.

Colectividad Asegurada. Significa el conjunto de personas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y, en su caso, que otorguen su consentimiento expreso para formar parte de la Colectividad.

Contratante. Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro respecto de la cobertura de Muerte Accidental, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas, a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación de este Contrato de Seguro.

Contrato de Seguro. Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares aplicables, la Solicitud, la Carátula de la Póliza, el Certificado Individual correspondiente, los endosos que se agreguen, así como el comprobante de pago de la prima de este seguro, los cuales constituyen prueba sobre la existencia del seguro.

Diagnóstico. Dictamen elaborado por un Médico donde identifica un padecimiento o condición del mismo por sus síntomas o signos, apoyándose en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Enfermedad. Significa toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de un Accidente.

Evento. Significa la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro durante la vigencia del Certificado Individual. Lo anterior en el entendido de que tratándose de tratamiento o serie de tratamientos médicos y/o quirúrgicos por un Accidente o derivado del Diagnóstico por primera vez de Enfermedad o Intervención Quirúrgica cubiertos a que sea sometido el Asegurado que le haya dado origen, serán considerados como un solo Evento.

Fecha de Inicio de Vigencia. Significa la fecha indicada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.

Hospitalización. Reclusión del Asegurado en un Hospital por recomendación médica y bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período continuo mínimo de 24 (veinticuatro) horas.

Hospital. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos en el país en donde se encuentre y que opere bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal. Se encontrará comprendido dentro de esta definición clínicas y sanatorios. Esta definición no comprende centros especiales para tratamiento de: alcoholismo, drogadicción, condiciones nerviosas o mentales, reposo, convalecencia o descanso para ancianos, curas de reposo o rehabilitación.

Médico. Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulada legalmente y autorizada para ejercer la profesión médica. No deberá ser el Asegurado, su cónyuge o concubino ni los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o que tengan parentesco civil.

Padecimiento Preexistente. Cualquier síntoma y/o signo que se presente antes del Alta del Certificado de cada Asegurado y que de haberse consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- (a) que previamente al Alta de Certificado, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- (b) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Periodo de Espera. Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del Alta del Certificado, para que el Asegurado se encuentre cubierto en el cuál no se deberán presentar signos o síntomas de la Enfermedad para que se considere un Evento un cubierto.

Este periodo será aplicable por única ocasión y no tendrá efecto cuando el seguro se renueve de manera ininterrumpida por el Contratante y el Asegurado continúe siendo miembro de la Colectividad. Durante el Período de Espera, el Asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización, en caso de ocurrir el Evento según se describe en las coberturas. **Lo anterior en el entendido de que si los síntomas de la Enfermedad surgen durante el Periodo de Espera o el Evento ocurre antes de que haya transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, la reclamación no será procedente.**

Prima. Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante a la Compañía en la forma y términos convenidos por las coberturas contratadas. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de ser aplicable, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Reembolso. Es el sistema mediante el cual la Compañía liquidará al Asegurado los gastos médicos cubiertos en que incurra y que haya pagado directamente al prestador de servicios.

Reglamento. Significa, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Suma Asegurada. Significa la cantidad indicada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual respectivo, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento. Tratándose de Reembolsos, la Suma Asegurada será la cantidad máximo que pagará la Compañía por cada Evento.

II. Objeto

Este seguro cuenta con diferentes opciones de coberturas y en caso de ser aplicable, el beneficio de pago directo, y el Contratante podrá elegir de entre las mismas la o las que desea integrar en el seguro de las aquí previstas o de las que se agreguen vía endoso debidamente registrado y que aparecerán expresamente contratadas en la Carátula de la Póliza y cada uno de los Certificados Individuales, de acuerdo a los requerimientos de cobertura por parte del Contratante.

El seguro brinda cobertura en el ámbito nacional y en caso de señalarse expresamente en el Certificado Individual, podrá tener cobertura en el ámbito internacional, respecto de cada Asegurado durante el periodo de tiempo expresamente señalado en cada Certificado Individual.

La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a la indicada en el Certificado Individual.

Cualquier Enfermedad o Evento que no se definen específicamente en este Contrato de Seguro y no se encuentre expresamente contratado ***no está cubierto***.

No se cubrirán Eventos derivados de Enfermedades, Accidentes o Padecimientos Preexistentes ocurridos antes del Alta del Certificado Individual de cada Asegurado.

Con el pago de la Suma Asegurada termina automáticamente la protección de la cobertura afectada y en el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

III. Condiciones Generales

PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Edad

Serán elegibles para las coberturas dentro del Contrato de Seguro como Asegurados, las personas que tengan entre 18 (dieciocho) y 69 (sesenta y nueve) años, como regla general, salvo que se especifiquen edades mínimas y máximas en las condiciones particulares aplicables a cada cobertura.

En caso de que las edades límite señaladas se modificasen, esta característica deberá especificarse mediante Endoso a la documentación contractual que acompañe a la Póliza.

En caso de requerirse, la edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real al tiempo de su emisión, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de éste Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en el Alta del Certificado Individual.

No obstante la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a.** Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado al Alta del Certificado Individual;
- b.** Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;

- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- d. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en el Certificado Individual y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Si en el momento de la inclusión en la Colectividad, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en el Certificado Individual o extenderá al Asegurado otro comprobante; en éste caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado, en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a cambiar dicha designación en cualquier tiempo, para lo cual deberá notificarlo por escrito a la Compañía.

“Advertencia:

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

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

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

SEGUNDA. DE LA PRIMA

La Prima se calculará por cada Asegurado y por cada cobertura. El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. Lo anterior en el entendido de que tratándose de seguros por un solo viaje no se podrá convenir el pago fraccionado.

En caso de pago en fracciones, la primera Prima vence al Alta del Certificado Individual respectivo. Una vez vencida la Prima, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 45 (cuarenta y cinco) días naturales para liquidarla. Los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la Carátula de la Póliza.

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria del Contratante, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos automáticamente, una vez transcurrido el periodo de gracia a que se refiere el tercer párrafo de ésta cláusula.

En el evento de que el Contratante no pague las Primas contraídas en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO

Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 00:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la Carátula de la Póliza y terminará su vigencia en la fecha estipuladas en la mencionada Carátula de la Póliza.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 00:00 horas de la Alta del Certificado Individual especificada el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

Los Certificados Individuales se cancelarán por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer a la Colectividad Asegurada, debiendo dar la baja respectiva el Contratante;
- Al haber transcurrido la temporalidad señalada en el Certificado Individual.

La cobertura indicada en el Certificado Individual respectivo terminará a partir del momento en que la Compañía hubiese realizado y finalizado el pago de la Suma Asegurada por la cobertura afectada. En el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

Renovación

La vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Certificados Individuales está sujeta a las fechas y periodos especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. Una vez transcurrido el periodo de vigencia antes referido, la Compañía podrá proceder a renovar el Contrato de Seguro en forma automática, en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento, así como los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.

Lo anterior, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro. La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.

Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciban la póliza o tengan acceso al Certificado Individual, respectivamente. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

Este Contrato de Seguro podrá ser modificado mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable. La Compañía no quedará obligada por ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de la Fecha de Inicio de Vigencia, hecha por ningún Agente de Seguros pues éstos carecen de facultades de representación para modificar las condiciones del Contrato de Seguro.

Terminación del Contrato de Seguro

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía. En este caso, la Compañía 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. Para fines de lo anterior, se entiende que la prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y en su caso gastos de emisión del Certificado Individual. En caso de que la forma de pago sea mensual, cualquier cancelación que ocurra dentro del mes pagado, surtirá efecto al término de la vigencia del periodo cubierto por el pago.

CUARTA. DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada (Asegurados), así como respecto de las coberturas de Muerte Accidental recabar los consentimientos respectivos;
- Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro;
- Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán; y
- El Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Certificado Individual. Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no haga del conocimiento la información del Certificado Individual a los Asegurados, éstos podrán solicitarlo directamente a la Compañía.

Para efectos de este Contrato, una vez establecida la relación entre el Asegurado y el Contratante,

el Contratante le hará saber a cada Asegurado vía telefónica, a través de correo electrónico, una Tarjeta, un Comprobante o cualquier otro documento expedido a cada miembro de la Colectividad, la página web para que puedan tener acceso a las condiciones generales y particulares y a la información pertinente del Certificado Individual.

Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Ingresos

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

El ingreso a la Colectividad de cada Asegurado ocurrirá una vez perfeccionado el vínculo o interés común, previo e independiente entre el Asegurado y el Contratante.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando automáticamente sin validez el Certificado Individual respectivo. Cuando sea aplicable, la Compañía restituirá al Contratante y/o al Asegurado (en la proporción correspondiente) la prima neta no devengada respecto de las personas que se separen de la Colectividad Asegurada, calculada en días exactos a quien la haya aportado. Para fines de lo anterior, se entiende que la prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y en su caso gastos de emisión del Certificado Individual.

Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) Alta del Certificado y fecha de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a los Certificados Individuales que se expidan.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar la administración y gestión del Contrato de Seguro y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 del Reglamento, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (o las Disposiciones que, en su caso, correspondan conforme al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas), en la demás normatividad que sea o resulte aplicable en virtud de modificaciones a dicha normatividad o por cualquier otro motivo y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado o el (los) Beneficiario(s) tenga(n) conocimiento de la realización de Evento y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía.

Para el pago de la indemnización, el Asegurado, o en su caso el Beneficiario deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

- Declaración del Evento a la Compañía en los formatos que la misma proporcione;
- Documentos de identificación:
- Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;

- Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento o referencia con el que acredite la existencia del seguro. En caso de no contar con éste, la Compañía podrá confirmar contra el Registro de Asegurados previamente al pago de la indemnización, la pertenencia del Asegurado a la Colectividad así como la vigencia del Certificado Individual.
- Documentación específica señalada en cada cobertura para comprobar la ocurrencia del Evento.
- En caso de que la reclamación sea presentada por el Beneficiario, se deberá presentar también la siguiente información de identificación:
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Beneficiario y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses;
- Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario.
- En caso de ser el cónyuge del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de matrimonio.
- En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2(dos) años o tienen un hijo en común.
- En caso de ser hijo del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del, copia certificada para cotejo) y copia del testamento o del resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.

Indemnización

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a este Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta en una o varias exhibiciones en atención a lo señalado por el Asegurado o el o los Beneficiarios según sea el caso, al momento de la reclamación, según las condiciones y los límites aplicables, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido todos informes

y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del Evento, las circunstancias de su realización, las consecuencias del mismo y los documentos necesarios para la debida identificación del cliente.

En caso de que la documentación aportada no estuviere completa o la reclamación fuere improcedente, la Compañía lo comunicará por escrito por única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con un plazo adicional al original para resolver la reclamación y efectuar el pago correspondiente.

Si falleciere el Asegurado como consecuencia de un padecimiento cubierto, la Compañía, liquidará cualquier reclamación procedente al o a los Beneficiarios.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Evento.

Asimismo, la Compañía podrá solicitar toda la información que considere necesaria a los Médicos y/o Hospitales, incluyendo, sin límite, el expediente clínico, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para el análisis del Evento, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, la Compañía podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente o por cualquier otra causa prevista por ley.

La Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado con el objetivo de determinar si procede o no la reclamación. Asimismo, podrá solicitar su necropsia (en caso de muerte) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio de otros terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de las reclamaciones y será mantenida en total confidencialidad.

Las obligaciones de la Compañía 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 se le remita a la Compañía a tiempo la documentación que esta solicite, en términos de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Revisión de Reclamaciones

Si el Asegurado o Beneficiario estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios del Contrato de Seguro, podrá enviar por escrito una reclamación a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de

treinta (30) días naturales, la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Independientemente de lo anterior, el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones a que tiene derecho de conformidad con lo dispuesto en la cláusula de **Competencia** de estas Condiciones Generales.

Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el Asegurado o el (los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

“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. “

SEXTA. MISCELÁNEOS

Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (“**CONDUSEF**”), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en su domicilio ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en sus delegaciones locales- Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80 o puede mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico ("**CONAMED**").

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

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje ante la CONAMED, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

De no ser procedente la reclamación del Asegurado, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio, indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado (en caso de contar con su domicilio) para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacerse al Contratante y/o al Asegurado o a sus respectivos causahabientes tendrán validez si se hacen en el último domicilio que la Compañía conozca de éstos.

Comisión o Compensación Directa

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

Moneda

Salvo que se indique lo contrario en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se

efectuarán en moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

Dividendos

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia u ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes, posteriormente a la contratación de la Póliza. Esto no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que a la contratación o Alta del Certificado Individual o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con los establecido en los artículos antes citados sea de carácter nacional o extranjero proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros o las disposiciones que en su caso correspondan en las Disposiciones a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Para atención al Asegurado:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 44 y 01800 212 5577

De lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Atención de urgencias las 24 hrs. (52 55)50 47 25 46 01800 212 5588
Gratuito desde EE.UU (855) 725-4472 y resto del mundo (305) 961-1606

Correo Electrónico: mesadecontrol@palig.com;
Página de internet: www.palig.com/mexico

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México de lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

Correo Electrónico: une@palig.com

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc, Ciudad de México de lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx/index.php>.

[El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.](#)

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 agosto de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a) Solicitar a los Agentes, la identificación que los acredite como tales;
- b) Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes;
- c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b) Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas; y
- c) Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

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 agosto de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016.

IV. CONDICIONES PARTICULARES

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada en el Certificado Individual correspondiente, en una o varias exhibiciones, si el Asegurado fallece como consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes al Accidente.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Exclusiones

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual;**
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente;**
- (c) El que derive de actos dolosos cometidos en contra del Asegurado, siempre y cuando éste sea sujeto activo de delito, o sea el provocador;**
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos;**
- (e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso;**
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país;**
- (g) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso;**

- (h) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso;
- (i) Participación intencional en actos delictuosos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular;
- (j) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo;
- (k) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso;
- (l) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta; y
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE O ACUÁTICO).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada en los casos en los que un Accidente provoque la muerte directa e inmediata del Asegurado, cuando éste hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier transporte público (terrestre o acuático) como pasajero. Es condición necesaria que el transporte público tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros.

La muerte del Asegurado deberá ocurrir, como máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el Accidente.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

Se entiende por **Transporte Público** el servicio de traslado público de pasajeros con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente con una ruta fija.

2. Exclusiones

- (a) La Compañía no pagará indemnización alguna si la Muerte Accidental fuere consecuencia de lo siguiente:
- (b) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.
- (c) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico.
- (e) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en

peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- (g) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (h) Muerte derivada de lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (i) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (j) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
- (k) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- (l) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público; y
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en cualquier tipo de Transporte Aéreo en vuelo regular.

La muerte del Asegurado deberá ocurrir, como máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el Accidente.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

Se entiende por **Transporte Aéreo** el servicio de traslado público de pasajeros vía aérea por una aerolínea comercial con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente, con itinerario preestablecido cuyo aeropuerto de punto de destino sea superior a 100 kms. (cien kilómetros) del aeropuerto, en el entendido de que los aeropuertos deberán haber sido debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización alguna si la Muerte Accidental fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.
- (c) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico.
- (d) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militar, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, , manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (e) Muerte derivada de lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (f) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o

medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.

- (g) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.**
- (h) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- (i) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULO TERRESTRE PARTICULAR EN CALIDAD DE PASAJERO O CHOFER (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero o chofer en un vehículo particular y falleciere como consecuencia de un Accidente cubierto.

La muerte del Asegurado deberá ocurrir, como máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el Accidente.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

Se entiende por **Vehículo Particular** el medio de transporte terrestre que no está destinado al servicio público de pasajeros.

2. Exclusiones

- (a) La Compañía no pagará indemnización alguna si la muerte accidental fuere consecuencia de lo siguiente:
- (b) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.
- (c) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico.
- (e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales incluyendo carreras de automóviles, salvo que esta exclusión se elimine vía endoso.
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (g) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en

peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- (h) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (i) Muerte derivada de lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (j) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (k) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
- (l) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- (m) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (n) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- (o) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.
- (p) Accidentes acaecidos en motos o en vehículos de menos de cuatro (4) ruedas.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS INCLUYENDO LA VISTA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas especificadas en la Tabla de Indemnizaciones contratada por el Contratante (pudiendo elegir entre las Escalas A o B), la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada según la Escala señalada en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente:

Tabla de Indemnizaciones		
Pérdida Orgánica	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano y un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	-	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	-	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	-	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	-	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	-	5%
Amputación parcial de un pie componiendo todos los	-	30%

dedos		
Sordera completa de los oídos	-	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	-	15%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- por pérdida de la mano: 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 arriba de ella);
- por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación metacarpo falángica o metatarsofalángica, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos), lo que corresponde a la pérdida de dos o más falanges de cualquiera de los dedos, ya sea de la mano o del pie según corresponda;
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

En caso de que en la fecha del Accidente, el Asegurado ya hubiere sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o hubiere perdido la vista en uno o ambos ojos, antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura indicada en el Certificado Individual esa Pérdida Orgánica no será incluida cuando se determinen la indemnización a pagarse.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia del Certificado Individual, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada máxima para esta cobertura.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la pérdida orgánica fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (b) Cualquier Evento diferente a un Accidente.**
- (c) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas,**

alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico.

- (d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales incluyendo: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (e) Lesiones ocurridas durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militar, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, , disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (f) Lesiones ocurridas durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (g) Lesiones ocurridas durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (h) Lesiones por envenenamiento, incluyendo picaduras de insecto o por inhalación de humos o gases.
- (i) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico.
- (j) Lesiones por participación intencional en actos delictuosos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo o tumulto popular.
- (k) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.
- (l) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- (m) Lesiones auto infligidas por el Asegurado,
- (n) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- (o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero sujeto a un itinerario establecido, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta específica y establecida para el transporte de pasajeros.**
- (p) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- (q) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de ser aplicable;
- Constancia del médico que acredite la Pérdida Orgánica.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada por Indemnización Diaria si el Asegurado sufre una **Incapacidad Total o Parcial** a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente.

Se entiende por **Incapacidad** la pérdida de facultades o aptitudes del Asegurado para el desempeño de las labores diarias propias de su ocupación u otra apropiada a sus conocimientos y aptitudes que le produce una remuneración, como consecuencia directa de un Accidente, que se manifieste dentro de los 10 días naturales siguientes a la ocurrencia del Accidente.

Se considera **Incapacidad Total**, si el Asegurado en estado de Incapacidad se encuentre recluido por indicación médica en un Hospital o en su domicilio. Para esta cobertura, la Compañía pagará la indemnización diaria estipulada en el Certificado Individual mientras subsistan la Incapacidad Total hasta por el periodo máximo señalado en el Certificado Individual.

En caso de no haberse contratado la cobertura de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente a Causa de Accidente, los siguientes casos se consideran como causa de Incapacidad Total que da derecho al beneficio de indemnización diaria por el periodo máximo establecido en el Certificado Individual: 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.

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática del miembro u órgano detallado en virtud de una lesión física causada por un Accidente cubierto, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un Médico como permanente, además de que no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

Se entiende por Pérdida de las manos, 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 para Pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Si se contrató la cobertura de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente a Causa de Accidente, la Compañía únicamente hará el pago que corresponda por dicha cobertura.

Se considera **Incapacidad Parcial**, si el Asegurado en estado de Incapacidad se encuentra recluido por indicación médica en un Hospital o su domicilio.

Para esta cobertura, la Compañía pagará el porcentaje de suma asegurada señalada en el Certificado Individual el cual no será mayor al 40% la indemnización diaria estipulada en el Certificado Individual mientras subsista la Incapacidad Parcial contados desde la fecha de su manifestación como consecuencia de un Accidente o inmediatamente después de un periodo de Incapacidad Total cubierto hasta por el periodo máximo de 182 días naturales consecutivos.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

En caso de haberse pagado ya alguna cantidad correspondiente a esta cobertura y posteriormente ocurriera la muerte del Asegurado, por el mismo o diferente a Accidente dentro de la vigencia del Certificado Individual, se descontará este monto de la indemnización total del beneficio de la cobertura de Muerte Accidental, en caso de haberse contratado.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la Incapacidad Total o Parcial fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**
- (b) Ejercicio de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de línea regular.**
- (c) Intercurrencias o complicaciones consecuentes de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del Accidente cubierto.**
- (d) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.**
- (e) Parto o aborto y sus consecuencias, aun si son provocados por un Accidente cubierto.**
- (f) Complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no sean a consecuencia de un Accidente cubierto.**
- (g) Incapacidad Total a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- El dictamen de Incapacidad Total o Incapacidad Parcial avalado por una institución de salud pública o Médico, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar Incapacidad Total o Incapacidad Parcial.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Incapacidad Total o Incapacidad Parcial, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Incapacidad Total o Incapacidad Parcial, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Incapacidad Total o Incapacidad Parcial, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado sufre una **Incapacidad Total y Permanente** a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente. Para ser procedente el pago de la indemnización, la Incapacidad Total y Permanente se debe manifestar dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del Accidente.

Se entiende por **Incapacidad Total y Permanente** el hecho que el Asegurado sufra lesiones corporales por Accidente que lo incapacite total y permanentemente para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación u otra apropiada a sus conocimientos y aptitudes que pudiere producirle remuneración o utilidad. También se considera **Incapacidad Total y Permanente** la Pérdida completa e irremediable de la vista de ambos ojos, la Pérdida de ambas manos o de ambos pies o la Pérdida conjunta de una mano y un pie.

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática del miembro u órgano detallado en virtud de una lesión física causada por un Accidente cubierto, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un Médico como permanente, además de que no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

Se entiende por Pérdida de las manos, 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 para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la Incapacidad Total y Permanente fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un accidente personal cubierto.**

- (b) Ejercicio de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de línea regular.
- (c) Intercurrencias o complicaciones consecuentes de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del accidente cubierto.
- (d) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto.
- (e) Parto o aborto y sus consecuencias, aun si son provocados por un accidente cubierto.
- (f) Variaciones o complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no sean a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (g) Incapacidad Total a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- El dictamen de Incapacidad Total y Permanente avalado por una institución de salud pública o Médico, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar Incapacidad Total y Permanente.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Incapacidad Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Incapacidad Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Incapacidad Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado sufre una **Invalidez Total y Permanente** a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente. Para ser procedente el pago de la indemnización, la Invalidez Total y Permanente se debe manifestar dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del Accidente.

Se entiende por **Invalidez Total y Permanente**, a la pérdida total de facultades o aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha del Alta del Certificado Individual se vean afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar el trabajo o actividad remunerada que realizaba como principal fuente de ingresos al momento de ocurrir el Accidente de acuerdo a sus habilidades, aptitudes y conocimientos siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un lapso de tiempo mayor al Periodo de Espera y no exista un tratamiento médico y/o intervención quirúrgica aprobados por la Secretaría de Salud o autoridad mexicana competente a la fecha del Accidente o Enfermedad para revertir los efectos de la invalidez.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

1. Si el Asegurado por razones de salud no es candidato al tratamiento médico y/o intervención quirúrgica o si después de haberse sometido éstos no se revierten los efectos de la invalidez; y
2. La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

Para los efectos de este contrato, se entiende por Pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de haber transcurrido el número de días naturales definido en la Carátula de la Póliza y posteriores a que haya ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca.

En los casos de pérdidas irreparables referidas en el inciso 2. anterior, no operará el Periodo de Espera señalado.

En caso que el Asegurado no tenga un trabajo formal, se entenderá como la Invalidez Total y Permanente cuando no pueda realizar ningún tipo de trabajo remunerativo o realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) “Actividades Cotidianas” por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades Cotidianas.

- Bañarse, entendiendo por ésta la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
- Vestirse, entendiendo por ésta la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- Trasladarse, entendiendo por ésta la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- Movilidad, entendiendo por ésta la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- Uso de Sanitario, entendiendo por ésta la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- Alimentación, entendiendo por ésta la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el periodo continuo de 6 meses referido anteriormente: 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.

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática del miembro u órgano detallado en la **Escala de indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente**, en virtud de una lesión física causada por un Accidente cubierto, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un Médico como permanente, además de que no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

Se entiende por pérdida de las manos, 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 para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

2. Exclusiones

Se encuentra excluida cualquier Enfermedad o evento diferente de una Invalidez Total y Permanente cubierta.

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la Invalidez Total y Permanente ocurra como consecuencia de lo siguiente:

- (a) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o bajo los efectos de alucinógenos, somníferos o drogas, excepto si fueron prescritos por un Médico.**
- (a) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando cualquier de las actividades deportivas siguientes: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se haya eliminado vía Endoso.**
- (b) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (c) La participación directa del Asegurado en guerra civil o militar declarada o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.**
- (d) La participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- (e) La prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo, fuerzas de rescate y bomberos, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (f) La participación del Asegurado en cualquier acto delictuoso, empresa criminal, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo o tumulto popular.**
- (g) Volar en avión, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía que flete aviones para proveer transporte regular entre aeropuertos y/o helipuertos autorizados comercialmente.**

- (h) Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de asistencia social o semejantes, como “invalidéz accidental”, en las cuales el evento causante de la lesión no se apegue íntegramente al concepto de Invalidéz Total y Permanente de estas Condiciones Generales.
- (i) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas aquellas que se hubieren manifestado antes del Alta del Certificado Individual
- (j) Complicaciones consecuentes de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del accidente cubierto.
- (k) La jubilación por invalidéz concedida por instituciones oficiales de seguridad pública, o semejantes, no caracteriza, por si sola, el estado de invalidéz permanente previsto en ésta cobertura.
- (l) Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, por causa de un Accidente cubierto.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Dictamen de Invalidéz Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional expedida o avalada por autoridad competente, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado) así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidéz Total y Permanente.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidéz Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidéz Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidéz Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en el Certificado Individual si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Hospitalización en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tuvieren interrumpidas o suspendidas relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en la lista del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América.**
- (b) Padecimientos Preexistentes.**

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de éste seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

La Compañía realizará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

- Cuando Hospitalización supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la Compañía, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
- La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas

en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual que en ningún caso podrán exceder de 360 (trescientos sesenta) días por Evento o serie de Eventos.

- En los casos en que el período de Hospitalización no supere los 30 (treinta) días naturales, la Compañía efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Facturas de pago y/o declaración hospitalaria.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en el Certificado Individual si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual

Tratándose de Hospitalización por Enfermedad, será necesario cubrir el Período de Espera señalado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, para que tenga efecto esta cobertura, salvo que el Evento sea resultantes de una Urgencia Médica. Se entiende por Urgencia Médica la aparición fortuita de una Enfermedad aguda que no se derive de un Padecimiento Preexistente y ponga en peligro la vida, un órgano o una función vital del Asegurado.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Hospitalización en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tuvieren interrumpidas o suspendidas relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en la lista del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América.
- (b) Padecimientos Preexistentes.
- (c) Cirugías que no sean médicamente necesarias.
- (d) Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.
- (e) Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.
- (f) Enfermedades sexualmente transmisibles.
- (g) Convalecencia, senilidad o reposo.
- (h) Tratamiento médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades.
- (i) Enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.
- (j) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.
- (k) Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualesquier otra causa física que atente masivamente a la población.

- (l) Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, SPA's, clínicas hidroterapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.
- (m) Internamiento residencial.
- (n) Tratamientos y/o cirugías ambulatorios.
- (o) Miopía, astigmatismo o presbiopía.
- (p) Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up.
- (q) Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales.
- (r) Cirugías para cambio de sexo.
- (s) Gastroplastía reductiva.
- (t) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
- (u) Hospitalización a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de éste seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

La Compañía realizará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

- Cuando Hospitalización supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la Compañía, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
- La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual que en ningún caso podrán exceder de 360 (trescientos sesenta) días por Evento o serie de Eventos.
- En los casos en que el período de Hospitalización no supere los 30 (treinta) días naturales, la Compañía efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Facturas de pago y/o declaración hospitalaria.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE CÁNCER

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en el Certificado Individual si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de padecer Cáncer ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Será necesario cubrir el Período de Espera señalado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, para que tenga efecto esta cobertura.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Hospitalización en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tuvieren interrumpidas o suspendidas relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en la lista del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América.**
- (b) Hospitalizaciones no relacionadas con Cáncer**
- (c) Padecimientos Preexistentes.**
- (d) Tratamientos y/o cirugías ambulatorios.**
- (e) Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales.**

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de éste seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

La Compañía realizará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

- Cuando Hospitalización supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la Compañía, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
- La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual que en ningún caso podrán exceder de 360 (trescientos sesenta) días por Evento o serie de Eventos.
- En los casos en que el período de Hospitalización no supere los 30 (treinta) días naturales, la Compañía efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Informe médico elaborado por el Médico oncólogo, basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Facturas de pago y/o declaración hospitalaria.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

1. Descripción de la Cobertura.

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los diez (10) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a Hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete hasta el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado; la Compañía reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de los Gastos Médicos Cubiertos, previa comprobación.

Esta cobertura estará sujeta a la aplicación del Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual.

Se entiende por Gasto Usual Razonable y Acostumbrado el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde son efectuadas, considerando que las prestaciones son las que generalmente se suministran para **(i)** el tratamiento la lesión; **(ii)** las características y el nivel de los tratamientos y servicios otorgados; **(iii)** el prestigio, **(iv)** la experiencia, y **(v)** el nivel de las personas encargadas de la atención.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por Deducible la cantidad que queda a cargo del Asegurado por cada Evento reclamado a la Compañía el cuál debe de estar consignado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

La cobertura para cada Accidente cubierto, finalizará automáticamente al término de los noventa (90) días desde la fecha del Accidente, o al agotarse la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual. La reinstalación automática de la Suma Asegurada queda incluida, únicamente tratándose de Accidentes diferentes.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no reembolsará gastos médicos realizados a consecuencia de:

- (a) Aborto, salvo que sea consecuencia de un Accidente cubierto.**
- (b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales incluyendo: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo,**

charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- (c) Consumo de complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aún por prescripción médica en Accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.
- (d) Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un Accidente cubierto.
- (e) Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un Accidente cubierto.
- (f) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- (g) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
- (h) Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar directo del Asegurado.
- (i) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- (j) Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
- (k) Lesiones auto-inflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- (l) Lesiones ocasionadas directamente por el Asegurado, con participación intencional por parte de él, incluyendo intento de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- (m) Lesiones originadas por la participación intencional del Asegurado en actos delictivos.
- (n) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra (declarada o no), insurrección, revolución o rebelión.
- (o) Lesiones que sufra el Asegurado al viajar como pasajero, piloto, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- (p) Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron prescritos por un Médico y estén relacionados con algún padecimiento del Asegurado. Se excluye la sobredosis intencional.

- (q) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en alborotos populares.
- (r) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
- (s) Lesiones sufridas por el Asegurado al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo o esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.
- (t) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas al virus VIH positivo.
- (u) Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes a consecuencia de un Accidente ocurrido en estado de ebriedad, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la autoridad respectiva.
- (v) Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.

No se encuentran cubiertos los siguientes gastos:

- (a) Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- (b) El costo de servicios proporcionados por homeópatas y naturistas.
- (c) El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
- (d) Donativos a Instituciones que proporcionen servicios médicos.
- (e) Los costos que correspondan al donador de órganos, aun cuando el Asegurado pague dichos costos.
- (f) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
- (g) Tratamientos o lesiones que se produzcan como consecuencia directa de Padecimientos Preexistentes, así como sus consecuencias y complicaciones.
- (h) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.
- (i) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que resulten de alcoholismo o toxicomanía.
- (j) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

- (k) Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje así como, por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.**
- (l) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Constancia o informe del Médico que acredite las lesiones y tratamiento como consecuencia del Accidente cubierto, así como las fechas en que ocurrió el Accidente y la fecha de la primera atención al paciente.
- Estudios realizados y que demuestren la (s) lesiones sufridas por el Asegurado.
- Facturas y recibos fiscales de los servicios médicos recibidos, dichas facturas deberán estar a nombre del Asegurado, además deberán contener el desglose correspondiente de gastos.

La Edad de Permanencia para la cobertura es hasta el cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad.

BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO DIRECTO PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

1. Descripción de la cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará directamente al Hospital con convenio y a los Médicos con convenio los costos por los servicios que hayan proporcionado, a excepción de los costos a cargo del Asegurado.

La Compañía ha celebrado un convenio para la prestación de servicios médicos con un grupo de Hospitales y médicos, tanto en la Ciudad de México así como en el interior de la República Mexicana, con la finalidad de que proporcionen atención médica a sus Asegurados y que éstos no incurran en desembolsos por el costo total de los servicios que reciban y que se cubran conforme a las condiciones particulares de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

Para hacer uso de este beneficio el Asegurado se deberá identificar como miembro de la Colectividad ante los Hospitales y Médicos con convenio con su Certificado Individual.

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado un catálogo de Hospitales y Médicos con convenio, respecto de los cuales el Asegurado podrá acudir para hacer uso de este beneficio. Lo anterior, en el entendido de que la lista no es de uso obligatorio, pudiendo el Asegurado decidir libremente a quien elegir para llevar a cabo su atención médica.

En todo caso, la relación de atención médica será estrictamente entre el Asegurado y el Médico y/u Hospital de su elección, siendo que la obligación de la Compañía se limita a cubrir los gastos médicos y hospitalarios que sean procedentes de acuerdo con este contrato de seguro.

En caso de que el Asegurado haga uso de los servicios de Hospitales y/o Médicos no incluidos en el catálogo, deberá tramitar el pago de los gastos médicos cubiertos vía Reembolso conforme a lo señalado en las Condiciones Generales.

INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte del Asegurado, la Compañía reembolsará los gastos funerarios a los Beneficiarios, respecto de los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado al lugar designado por el Beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los Beneficiarios.

Tratándose de menores de 12 años, la Suma Asegurada no podrá ser mayor de 60 veces la Unidad de Cuenta de la Ciudad de México en la fecha del fallecimiento.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

- (a) Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:**
- (b) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (c) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.**
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.**
- (e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación,**

disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.

- (g) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (h) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (i) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (j) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
- (k) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
- (l) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.
- (m) Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones provocadas por un Accidente; cuando el Accidente que los ocasione haya ocurrido fuera de la vigencia del Certificado Individual.
- (n) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- (o) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- (p) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (q) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero sujeto a un itinerario establecido, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta específica y establecida para el transporte de pasajeros.

- (r) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- (s) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto; y
- Facturas para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa (i) de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo (ii) o de una Enfermedad sobreviniere la muerte del Asegurado, la Compañía reembolsará los gastos funerarios a los Beneficiarios, respecto de los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado al lugar designado por el Beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los Beneficiarios.

Tratándose de menores de 12 años, la Suma Asegurada no podrá ser mayor de 60 veces la Unidad de Cuenta de la Ciudad de México en la fecha del fallecimiento.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- (c) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.
- (e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios

Comment [A1]: Confirmar si hay exclusiones por enfermedades.

- sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (g) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
 - (h) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
 - (i) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
 - (j) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
 - (k) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
 - (l) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.
 - (m) Abortos, cualquiera que sea su causa.
 - (n) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero sujeto a un itinerario establecido, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta específica y establecida para el transporte de pasajeros.
 - (o) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
 - (p) Acontecimientos catastróficos originados por fenómenos naturales.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta; Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto, en su caso; y
- Facturas para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN POR LESIONES PERSONALES.

1. Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará la indemnización que corresponda por las Lesiones Personales que sufra el Asegurado como consecuencia de un Asalto ocurrido dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que la lesión personal se ha dado cuando el Asegurado, como consecuencia de un Asalto, ha sido violentado en su persona con lesiones físicas.

La cobertura otorgada por la presente póliza será pagada 1 (una) sola vez por Asegurado y por vigencia.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en ningún caso quedará obligada la Compañía si probase que el Evento ocurrió por dolo o mala fe del Asegurado.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y no existe edad máxima para la cobertura.

2. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura cuando haya preexistencia de lesiones; esto es, que las lesiones hubieren existido antes del Alta del Certificado Individual.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente:

- Copia certificada del Acta del Ministerio Público en donde se haga constar el Asalto.

INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE UN ÓRGANO

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado requiere por primera vez en su vida de un **Trasplante de Órganos**. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia de esta cobertura en virtud de la presencia de Cáncer, la Compañía deducirá de la Suma Asegurada a pagar, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo la cobertura de Indemnización por Neoplasia Maligna Terminal, en caso de haberse contratado.

La cobertura sólo comprende el Trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste.

Se entiende por **Trasplante** la transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta, al objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica.

Para fines de la presente cobertura se considera que el **Trasplante de un Órgano** es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea, páncreas o córnea, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo a tal magnitud que exista una falla e insuficiencia irreversible del órgano pertinente.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna relacionada con lo siguiente:

- (a) Trasplantes autólogos.**
- (b) Trasplante de Islotes de Langerhans en el caso de Páncreas.**

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente:

- Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURAS GRAVES.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es tratada por primera vez en su vida con **Quemaduras Graves**. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Se considera como **Quemadura Grave** aquellas quemaduras de tercer grado (espesor completo de la piel) que afecten (cubran) por lo menos el 25% de la superficie corporal del Asegurado, conforme a la "Regla de los nueve", o la carta de superficie corporal de Lund&Browder.

Para fines de lo anterior, se entiende por "Regla de los 9" al método para calcular de manera aproximada la superficie corporal quemada según la edad. En adultos la cabeza corresponde a un 9 % de la superficie corporal total, cada extremidad superior, otro 9 %, el tronco un 18 %, y el dorso otro 18 %, cada extremidad inferior, un 18 %, y los genitales externos, el 1 % restante. En niños y bebés, en cambio, la cabeza es un 18 % de la superficie corporal total, cada extremidad superior un 9 %, cada inferior un 14 % y el tronco 18 % dorsal y 18 % frontal. A este método también se le conoce como la regla de Pulasky y Tennison.

Abajo se incluye la Tabla Lund & Browder

Edad en años	0	1	5	10	15	adulto
Cabeza	9%	8%	6%	5%	4%	3%
Muslo	2%	4%	4%	4%	4%	4%
Pierna	2%	2%	2%	3%	3%	3%

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna relacionada con:

- (a) Injertos de piel autólogos.**
- (b) Padecimientos Preexistentes.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Informe médico describiendo la localización y extensión de las quemaduras.
- Descripción de las heridas con datos de anestesia o hipoestesia con por lo menos el 25% de superficie corporal afectada.

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE POLITRAUMATISMO GRAVE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la indemnización si el Asegurado es hospitalizado por diez (10) o más días y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos a causa de un **Politraumatismo Grave**. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por **Politraumatismo Grave** las lesiones provocadas por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionando uno o varios traumatismo(s) complicado(s) y sus secuelas, fracturas y complicaciones de viseras y partes blandas. requieren o hayan requerido permanecer al paciente en un Hospital.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones.

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Lesiones provocadas por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un Médico.

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, el Diagnostico debe estar soportado por la siguiente evidencia:

- Historia clínica del Médico Tratante
- Radiografías, Tomografía Axial Computarizada (TAC), u otros estudios.

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO GRAVE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la indemnización si el Asegurado es por hospitalizado por diez (10) o más días y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos a causa de un **Trauma Cráneo Encefálico Grave**. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por **Trauma Cráneo Encefálico Grave** las Lesión(es) provocada(s) por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionando uno o varios traumatismo(s) cráneo encefálicos complicado(s) y sus secuelas, fracturas y complicaciones de viseras y partes blandas.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones.

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Lesiones provocadas por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un Médico.**

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, el Diagnóstico debe estar soportado por la siguiente evidencia:

- Historia clínica del Médico Tratante
- Radiografías, Tomografía Axial Computarizada (TAC), u otros estudios.

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR TRAUMA OCULAR GRAVE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la indemnización si el Asegurado es por diez (10) o más días y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos a causa de un **Trauma Ocular Grave** que haya comprometido la acción ocular. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por **Trauma Ocular Grave**: la(s) lesión(es) provocada(s) por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionando uno o varios traumatismo(s) complicado(s) y sus secuelas y complicaciones del ojo.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones.

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

(a) Padecimientos Preexistentes.

(b) Lesiones provocadas por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un Médico.

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, el Diagnostico debe estar soportado por la siguiente evidencia:

- Historia clínica del Médico Oftalmólogo Tratante
- Radiografías, Tomografía Axial Computarizada (TAC), u otros estudios.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE ENFERMEDADES

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada señalada para esta(s) cobertura(s) cuando se encuentre(n) contratada(s) de forma específica e indicada(s) en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado sufre alguna de las Enfermedades cubiertas de acuerdo a la descripción de la cobertura correspondiente.

Para hacer efectivo el pago de la Suma Asegurada por el Diagnóstico de Primera Vez de la Enfermedad cubierta, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y la documentación señalada en cada cobertura específica y la siguiente información:

- Informe médico detallado, identificando al Asegurado, la fecha de ocurrido el Evento, el Diagnóstico, y el tratamiento propuesto y/o realizado.
- Resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el Diagnóstico realizado por el Médico tratante. Será necesario para los efectos de demostración, que se presenten los estudios de laboratorio (estudios de sangre) y gabinete (Radiografías (Rx), Ultrasonido o TAC (Tomografía Axial Computarizada) en caso de haberse realizado), todos fechados e identificados a nombre del Asegurado además de cualquier otro documento y/o estudio que solicite en su momento la Compañía.
- Documentos o exámenes que demuestren el Evento.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización, la Compañía pagará la totalidad de la Suma Asegurada, con lo cual terminará la responsabilidad de ésta, aun cuando posteriormente sobrevengan nuevos Eventos.

Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Neoplasia Maligna (Cáncer)**.

Para fines de esta cobertura, se entiende por **Neoplasia Maligna** la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión del tejido del órgano que le dio origen, con tendencia a la invasión de otros órganos o estructuras vecinas o distantes.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización cuando el diagnostico sea efecto directo o indirectamente de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Cáncer In Situ.
- (b) Cáncer de Piel, entendiéndose por éste un crecimiento maligno en la piel consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.
- (c) Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la neoplasia intraepitelial cervical NIC-1 (displasia leve), NIC-2 (displasia moderada a marcada) y NIC-3 (displasia grave a carcinoma *in situ*)) o aquellos considerados por histología como premalignos;
- (d) Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3 (es decir que la infiltración que ocupa no se haya expandido a la dermis papilar y no haya penetrado la dermis reticular). Para fines de lo dispuesto en esta exclusión, se entiende por Melanoma, un tipo de cáncer de piel que se origina en la multiplicación descontrolada de los melanocitos (células que contienen la melanina, pigmento responsable del bronceado) en las capas más

profundas de la piel (o del ojo). Se describe como una lesión cutánea oscura e irregular que puede tener áreas de colores que varía y con frecuencia su diámetro es superior a los 6 mm (seis milímetros).

- (e) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- (f) Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- (g) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- (h) Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM (escala de estadiaje de cáncer de próstata), desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) - el cáncer se encuentra por accidentalmente durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. El cáncer está en no más del 5% del tejido extirpado. T1a: el cáncer se encuentra accidentalmente durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y el cáncer está en no más del 5% del tejido extirpado. o T1b: el cáncer se detecta durante la TURP, pero está presente en más de un 5% del tejido extirpado.
- (i) Padecimientos Preexistentes.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Informe médico elaborado por el Médico oncólogo, basado en el historial clínico de la Asegurada, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia

bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes que muestren evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

4. Forma de pago

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia del diagnóstico de **Neoplasia Maligna** (Cáncer), la Compañía deducirá, en su caso, de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo las coberturas de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Próstata o Cáncer de Mama que se hubieren contratado.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Infarto y/o Hemorragia Cerebral** que ponga en peligro su vida.

Para fines de esta cobertura, se entiende por **Infarto y/o Hemorragia Cerebral (ECV)** el desarrollo repentino de signos clínicos de afectación focal o global de las funciones Cerebrovascular (ECV) incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, con síntomas que duran al menos 24 (veinticuatro) horas, que pueden llevar al individuo a la muerte, sin ninguna otra causa aparente que una de origen vascular. No se incluyen los diagnósticos que indican ECV transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas.

2. Exclusiones

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización, cuando el Diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Episodios de isquemia transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas;
- (b) Daño cerebral debido a vasculitis, o enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;
- (c) Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;
- (d) Desorden de isquemia del sistema vestibular.
- (e) Padecimientos Preexistentes.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un Médico neurólogo.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Infarto Agudo al Miocardio** que ponga en peligro su vida de conformidad con las definiciones, alcances y limitaciones que se hacen en este apartado. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Se entiende por **Infarto Agudo al Miocardio** la muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá que el **Infarto Agudo al Miocardio** ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad al Alta del Certificado. Asimismo, el diagnóstico deberá ser posterior al Período de Espera indicado en el Certificado Individual.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Requisitos de Elegibilidad

Para que el individuo se encuentre asegurado bajo esta cobertura no debe haber sufrido previamente al Alta del Certificado algún tipo de cardiopatía (infartos, isquemia, angina de pecho o arritmia) ni haya sido sometido a una intervención quirúrgica del corazón previamente al Alta del Certificado Individual y que no haya sido portador de ninguna enfermedad crónica degenerativa que afecte a los vasos sanguíneos y al corazón, como Diabetes Mellitus de cualquier tipo o Hipertensión arterial, ni problemas de lípidos altos en sangre (colesterol y/o triglicéridos).

3. Exclusiones

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización, cuando el Diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Padecimientos Preexistentes de cualquier tipo de cardiopatía (infarto, isquemia, angina de pecho o arritmia) o haya tenido una intervención**

quirúrgica del corazón previa.

- (b) Tratándose de un infarto subsecuente del miocardio.**
- (c) Cuando el Asegurado haya padecido previamente al Alta del Certificado Individual algún padecimiento crónico degenerativo que afecte al corazón o vasos sanguíneos como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica o incremento de lípidos en sangre (colesterol o triglicéridos) denominada dislipidemia o hiperlipidemia.**

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Infarto Agudo al Miocardio deberá ser confirmado por un Médico cardiólogo calificado y se demostrará mediante evidencia de lesión y/o necrosis miocárdica, demostrada en el electrocardiograma, ecocardiograma bidimensional, sistema Doppler y/o pruebas de elevación en la concentración de enzimas cardíacas y/o biomarcadores cardíacos que confirmen la Primer Ocurrencia de Infarto al Miocardio del Asegurado.

El Diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- Una Hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha Hospitalización.
- Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, y/o aumento en las enzimas cardíacas y/o biomarcadores cardíacos por sobre los valores normales de laboratorio y que sean indicativos y compatibles con un evento agudo.

El Diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes criterios que son consistentes con un ataque cardíaco:

- Historia del dolor torácico típico;
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardíacas CPK-MB;
- Diagnóstico de elevación de la Troponina (T o I);
- Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento;
- Elevación de biomarcadores cardíacos.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Asegurado, si es diagnosticado por primera vez en su vida con **Cáncer Cérvico-Uterino**.

Se entiende por **Cáncer Cérvico-Uterino** una tumoración maligna que se origina en el epitelio del cuello del útero y que ha sobrepasado la membrana basal con una profundidad de más de 3 milímetros. tumoral mide 2 o más centímetros y/o se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Requisitos de Elegibilidad

Para que el individuo se encuentre asegurado bajo esta cobertura no debe haber sido diagnosticado previamente al Alta del Certificado ningún tipo de Cáncer, en ninguna localización.

3. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer Cérvico-Uterino.**
- (b) Cáncer "in situ", entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.**
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.**
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.**
- (e) Leucemia linfática crónica.**
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o Sida.**
- (g) Todo Cáncer Cérvico-Uterino cuyos síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Alta Certificado Individual (Padecimientos Preexistente).**

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

- Ser elaborado por el Médico oncólogo, ginecólogo o ginecólogo-oncólogo, basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE MAMA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Asegurado, si es diagnosticado por primera vez en su vida con **Cáncer de Mama**.

Se entiende por **Cáncer de Mama** una masa tumoral maligna que se localiza en los ductos o lobulillos mamarios, de tipo invasivo o infiltrante porque penetra a través del tejido normal más allá de los ductos o lobulillos. Dicha masa tumoral mide 2 o más centímetros y/o se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Requisitos de Elegibilidad

Para que el individuo se encuentre asegurado bajo esta cobertura no debe haber sido diagnosticado previamente al Alta del Certificado ningún tipo de Cáncer, en ninguna localización.

3. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer de Mama.**
- (b) Cáncer “in situ”, entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.**
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.**
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.**
- (e) Leucemia linfática crónica.**
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o Sida.**
- (g) Todo Cáncer Cérvico-Uterino o Cáncer de Mama cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).**

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

- Ser elaborado por el Médico oncólogo, ginecólogo o ginecólogo-oncólogo, basado en el historial clínico de la Asegurada, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER MALIGNO DE PRÓSTATA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Cáncer Maligno de Próstata**.

Se entiende por **Cáncer Maligno de Próstata** un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer maligno de testículo(s).
- (b) Cáncer "in situ", entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas y hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- (g) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer maligno de próstata posterior a la primera reclamación pagada por a la Compañía.
- (h) Todo Cáncer Maligno de Próstata cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

- Ser preparado por un médico oncólogo, urólogo o uro.-oncólogo basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Comprobarse en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen en el que se demuestre que existe evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y
- Respalarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

4. Forma de Pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticada la Etapa T2b (el cáncer se encuentra en más de la mitad de un solo lado (izquierdo o derecho) de la próstata).

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE TESTÍCULO(S).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Cáncer Maligno de Testículo(s)**.

Se entiende por **Cáncer Maligno de Testículo(s)** el Tumor maligno germinal gonadal o extragonadal que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer maligno testicular.
- (b) Cáncer "in situ", entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, e hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- (g) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer de próstata posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía.
- (h) Todo Cáncer Maligno de Testículos cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

Ser preparado por un médico oncólogo, urólogo o uro.-oncólogo basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.

Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y

Comprobarse en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen en el que se demuestre que existe evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y

Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

4. Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticada la Etapa T2b.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE PULMÓN.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Cáncer Maligno de Pulmón(es)**.

Se entiende por **Cáncer Maligno de Pulmón(es)** un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento incontrolado de células malignas de cualquier tipo del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar incluyendo la pleura.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Enfermedades distintas al cáncer maligno Pulmonar.
- (b) Cáncer "in situ", entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- (g) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer de pulmón posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía.
- (h) Todo Cáncer Maligno de Pulmón cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones

Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

4. Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticada la Etapa T2b.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Insuficiencia Renal Crónica** y dicho acontecimiento pone en peligro su vida.

Se entiende por **Insuficiencia Renal Crónica** la falla crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) SIDA o presencia del virus VIH;
- (b) Leucemia linfocítica crónica;
- (c) Padecimientos congénitos;
- (d) Trasplantes que sean procedimientos de investigación;
- (e) Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Evidencia de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre que hacen necesaria la hemodiálisis periódica o un programa de diálisis peritoneal a largo plazo.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Parálisis de las Extremidades**.

Se considera **Parálisis de la Extremidades** la completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de:

- (a) lesiones auto-infligidas.
- (b) Padecimientos Preexistentes.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Informe elaborado por un Médico neurólogo que confirme la Parálisis de las Extremidades.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Esclerosis Múltiple**.

Se entiende por **Esclerosis Múltiple** a la Enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por zonas de desmielinización en el cerebro, ocasionando parestesias en una o más extremidades en el tronco, debilidad o paraplejia de piernas, brazos, parálisis del nervio óptico o deficiencias en el control vesical.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si el Diagnóstico fuere a consecuencia de lo siguiente:

- (a) Daño neurológico derivado de Lupus Eritematoso Sistémico.**
- (b) infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.**
- (c) Padecimientos Preexistentes.**

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- El diagnóstico de primera vez inequívoco deberá de ser realizado por un neurólogo, en el cual confirme anomalías neurológicas moderadas persistentes, consistentes con un daño funcional.
- Investigaciones que inequívocamente confirman el diagnóstico para ser Esclerosis Múltiple (ejemplo: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central);
- Pérdidas neurológicas múltiples que ocurrieron en un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses;
- Historia médica documentada de exacerbaciones y remisiones donde se señale los síntomas o pérdidas neurológicas.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE DISTROFIA MUSCULAR.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Distrofia Muscular** que lo incapacite para realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) “Actividades Cotidianas” por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades Cotidianas

- (a) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
- (b) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- (c) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- (d) Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- (e) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- (f) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

Para fines de esta cobertura, se entiende por **Distrofia Muscular** un grupo de enfermedades hereditarias degenerativas del músculo caracterizado por la debilidad progresiva y atrofia de músculo. También se considera que la **Distrofia Muscular** es un grupo de miopatías genéticas degenerativas, que se caracterizan por debilidad y atrofia muscular, sin participación del sistema nervioso. Los diversos tipos se distinguen por el principio, localización y evolución de la Enfermedad. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si el Diagnóstico fuere a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- El Diagnóstico deberá ser realizado por un Médico neurólogo, basado en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas).

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ CON CEGUERA (TOTAL Y PERMANENTE).

1. Definición de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida **con la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos causada por Accidente o Enfermedad (CEGUERA TOTAL Y PERMANENTE),**

Para fines de esta cobertura, se considera como **Ceguera Total y Permanente** la pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos, como resultado de una enfermedad o accidente.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna relacionada con cualquier

(a) Padecimientos Preexistentes.

(b) ceguera a consecuencia de Glaucoma o Retinopatía Diabética.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- La Ceguera Total y Permanente deberá estar certificada clínicamente por un Médico oftalmólogo.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ POR PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado si el Asegurado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con la **Pérdida Total de la Audición**.

Para efectos de esta cobertura, se considera como **Pérdida Total de la Audición** a la pérdida absoluta (100%) e irreparable de la capacidad de oír en los dos (2) oídos.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización, cuando el Diagnóstico sea consecuencia directa de Padecimientos Preexistentes.

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Estudio de Audiometría a nombre del Asegurado que prueba el estado de sordera absoluto e irrecuperable.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE COMA PROFUNDO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la indemnización si el Asegurado cae en estado de **Coma Profundo**.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por **Coma Profundo**, la pérdida continua de la conciencia de por lo menos 96 horas de duración, que produzca déficit neurológico permanente de grado severo que requiera cuidados intensivos, incluyendo ventilación asistida.

2. Exclusiones.

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

(a) **Padecimientos Preexistentes.**

(b) **El estado de Coma Profundo, provocado por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un Médico.**

3. Comprobación.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, el diagnóstico debe estar soportado por la siguiente evidencia:

- No debe haber respuesta a estímulos externos por al menos 96 horas.
- Debe existir soporte mecánico para mantenerse con vida.
- El daño cerebral que resulte en un déficit neurológico permanente que debe evaluarse por lo menos treinta (30) días después de la aparición del coma.
- Historia clínica del médico neurólogo donde se confirme el estado de coma y certificación de la clínica donde se confirme la permanencia continua en la unidad de cuidados intensivos.

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PRIMERA VEZ

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada señalada para esta(s) cobertura(s) cuando se encuentre(n) contratada(s) de forma específica e indicada(s) en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado es intervenido quirúrgicamente con algún procedimiento cubiertos de acuerdo a la descripción de la cobertura correspondiente.

Para hacer efectivo el pago de la Suma Asegurada, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y la documentación señalada en cada cobertura específica y la siguiente información:

- Informe médico detallado, identificando al Asegurado, la fecha de ocurrido el Evento, el Diagnóstico, y el procedimiento realizado.
- Resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el Diagnóstico realizado por el Médico tratante. Será necesario para los efectos de demostración, que se presenten los estudios de laboratorio (estudios de sangre) y gabinete (Radiografías (Rx), Ultrasonido o TAC (Tomografía Axial Computarizada) en caso de haberse realizado), todos fechados e identificados a nombre del Asegurado además de cualquier otro documento y/o estudio que solicite en su momento la Compañía.
- Documentos o exámenes que documenten el Evento.

En caso de ser procedente el pago de la indemnización, la Compañía pagará la totalidad de la Suma Asegurada, con lo cual terminará la responsabilidad de ésta, aun cuando posteriormente sobrevengan nuevos Eventos.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN GENERAL

1. Descripción de la cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado, es intervenido quirúrgicamente de primera vez de conformidad con las definiciones, alcances y limitaciones que se hacen en este apartado.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por **Acto Quirúrgico** al período del tiempo continuado comprendido entre el ingreso y salida del asegurado del pabellón quirúrgico y durante el cual se pueden llevar a cabo una o más intervenciones quirúrgicas.

Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Toda intervención quirúrgica que corresponda a un mismo acto quirúrgico, se considerará para los efectos de la indemnización como un sólo acto.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Cuando no se compruebe la necesidad de la cirugía mediante estudios**
- (c) Cuando la cirugía se realizó de forma injustificada.**
- (d) Intervención quirúrgica producto de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente;**
- (e) Intervención quirúrgica producto de Padecimientos Preexistentes.**
- (f) Intervención quirúrgica producto de lesiones provocadas por fenómenos de la naturaleza, tales como terremotos, maremotos, erupción volcánica, huracanes, etc., y que sean considerados catástrofe nacional declarados por la autoridad competente.**
- (g) Intervención quirúrgica odontológica cualquiera que esta sea.**
- (h) Aborto provocado y sus consecuencias.**

- (i) Partos normales.**
- (j) Cirugía plástica o cosmética con fines de embellecimiento.**

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CÁNCER

1. Descripción de la cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado, es intervenido quirúrgicamente de primera vez por padecer Cáncer.

Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Toda intervención quirúrgica que corresponda a un mismo acto quirúrgico, se considerará para los efectos de la indemnización como un sólo acto.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Cuando no se compruebe la necesidad de la cirugía mediante estudios.**
- (c) Cuando la cirugía se realizó de forma injustificada.**

INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CÁNCER

1. Descripción de la cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado, como consecuencia de alguna cobertura de cáncer contratada requiere de la reconstrucción de alguna de las partes corporales perjudicadas

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación,

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

(a) Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR COLOCACIÓN DE PRÓTESIS POR CIRUGÍA RADICAL DE CÁNCER DE MAMA

1. Descripción de la cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si a consecuencia de una cirugía radical por cáncer de mama de la Asegurada, amparado bajo esta Póliza y durante la vigencia de la misma, la Asegurada requiere de alguna prótesis e implantación de la misma.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Implantes derivados de una cirugía radical por cáncer de mama no cubierto por la Póliza.**
- (b) Padecimientos Preexistentes.**

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA REMOVER EL APÉNDICE

1. Descripción de la cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado, es intervenido quirúrgicamente para llevar a cabo una **Apendicectomía**.

Se entiende por **Apendicectomía** el procedimiento quirúrgico, ya sea laparoscópico o abierto, con el objeto de extirpar el apéndice cecal, realizado a consecuencia de la alteración de la salud manifiesta por la inflamación del Apéndice Cecal (Apendicitis aguda), cualquiera que sea su causa o motivo que la origine y que amerite resolución quirúrgica.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Cuando no se compruebe el Diagnóstico mediante el estudio histopatológico y/o se realizó la cirugía de forma injustificada.**

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA VESÍCULA POR LITIASIS VESICULAR.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente para la realización de una **Colecistectomía**.

Se entiende por **Colecistectomía** únicamente por litiasis el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para el tratamiento de la presencia de piedras (litos) en la vesícula biliar o en los conductos biliares y que origina obstrucción del paso de la bilis al intestino y cambios inflamatorios de dichas estructuras, que amerite resolución quirúrgica.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- a) Padecimiento Preexistente.
- b) Que no se demuestre mediante el estudio histopatológico el diagnóstico de Litiasis vesicular.
- c) Cuando la Colecistectomía haya sido realizada por cualquier otra causa que no sea una litiasis vesicular
- d) Cuando la Colecistectomía no esté debidamente justificada médicamente.

3. Comprobación

Esta intervención quirúrgica deberá comprobarse mediante estudios de imagenología como (ultrasonido) plenamente identificados con nombre del Asegurado y fecha de realización del procedimiento, así como el reporte del estudio de histopatológico (indispensable).

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA QUITAR EL ÚTERO O MATRIZ.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Histerectomía**.

Se entiende por **Histerectomía** el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para quitar el útero o matriz y sus anexos (trompas y ovarios).

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- a) Padecimientos Preexistentes.**
- b) Cirugías de naturaleza estética de cualquier índole.**
- c) Cuando la Histerectomía sea propiciada por una complicación del embarazo y/o parto o cesárea.**

3. Comprobación

Esta intervención quirúrgica deberá comprobarse mediante estudios de imagenología como (ultrasonido) plenamente identificados con nombre del Asegurado y fecha de realización del procedimiento, así como el reporte del estudio de histopatológico (indispensable).

INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA EXTIRPACION PARCIAL O TOTAL DE LA GLÁNDULA TIROIDES.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Tiroidectomía**.

Se entiende por **Tiroidectomía** el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para quitar una gran parte de la glándula Tiroides sin que ésta extracción sea total para evitar hipertiroidismo o una neoplasia de tiroides ya sea benigna o maligna.

No queda cubierto el hiper ni el hipotiroidismo iatrógenos.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) **Padecimientos Preexistentes.**
- (b) **Cuando no se demuestre mediante el estudio histopatológico el diagnóstico.**
- (c) **Cuando el Asegurado padezca o haya padecido previamente problemas de la glándula tiroides ya sea estructurales o funcionales, o haya recibido tratamiento para padecimientos de glándula tiroides.**
- (d) **Cuando el Asegurado reciba o haya recibido algún tratamiento con hormonas tiroideas con fines de control de peso, ya sea prescritos o no por un Médico.**

INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA PARA CORREGIR LA DILATACIÓN DE GRANDES VASOS

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe por primera vez en su vida **Tratamiento Quirúrgico por Aneurisma**.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de Aneurisma** a la cirugía para corregir la dilatación o crecimiento de un vaso sanguíneo.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR DESCOMPRESIÓN A NIVEL DEL TÚNEL DEL CARPO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Descompresión a Nivel del Túnel del Carpo**.

Se entiende por **Descompresión a Nivel del Túnel del Carpo** la cirugía para liberación del nervio mediano en la articulación de la muñeca.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR GLAUCOMA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe por primera vez en su vida **Tratamiento Quirúrgico por Glaucoma**.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico por Glaucoma** la cirugía para liberar la presión intraocular aumentada.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RETINOPEXIA - DIATERMIA – CRIO,
FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es recibe por primera vez en su vida **Tratamiento Quirúrgico de Retinopexia - Diatermia – Crio, Fotocoagulación con Láser**.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de Retinopexia - Diatermia - Crio, Fotocoagulación con Láser** la cirugía para corregir desprendimiento de retina y/o daño ocular.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR CAPSULOTOMÍA

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe **Tratamiento Quirúrgico por Capsulotomía** por primera vez en su vida.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de Capsulotomía** la cirugía para corregir el cristalino encapsulado.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Extracción de Catarata con Implante de Lente Intraocular**.

Se entiende por **Extracción de Catarata con Implante de Lente Intraocular** la cirugía para corregir el cristalino opaco o de nube.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- a) Padecimientos Preexistentes.
- b) Que el paciente padezca o haya padecido Diabetes Mellitus cualquier tipo, así como cualquier otro desorden o padecimiento del metabolismo.
- c) No se cubren las cataratas de origen metabólico.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TIMPANOPLASTÍA

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Timpanoplastía**.

Se entiende por **Timpanoplastía** la cirugía para corregir el tímpano.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Amigdalectomía y/o Adenoidectomía**.

Se entiende por **Amigdalectomía y/o Adenoidectomía** la cirugía para corregir las amígdalas y/o adenoides.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Se excluye si la intervención tiene como propósito para evitar ronquido.**

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PUNCIÓN DE BIOPSIA DE TIROIDES

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para realizar una **Punción de Biopsia de Tiroides**.

Se entiende por **Punción de Biopsia de Tiroides** la cirugía para obtener una biopsia de la glándula Tiroides.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPOFISECTOMÍA
TRANSEPTOESFENOIDAL**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Hipofisectomía Transeptoefenoidal**.

Se entiende por **Hipofisectomía Transeptoefenoidal** la cirugía para la glándula hipófisis.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MASTECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN GLÁNDULA MAMARIA COMPLETA INCLUYENDO GANGLIOS AXILARES)

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Mastectomía Radical**.

Se entiende por **Mastectomía Radical** la cirugía para la Extirpación glándula mamaria completa, incluyendo ganglios axilares.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MASTECTOMÍA SIMPLE

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Mastectomía Simple**.

Se entiende por **Mastectomía Simple** la cirugía para la extirpación de la glándula mamaria.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes de acuerdo con las definiciones del presente contrato.
- (b) Cirugías de carácter estético o plástico.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA
(QUISTE O FIBROADENOMA)**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida con una **Excisión Local de Lesión de Mama**.

Se entiende por **Excisión Local de Lesión de Mama** la cirugía para la extirpación de un quiste o fibroadenoma de una glándula mamaria.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Cirugías de carácter estético o plástico.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CUADRANTECTOMÍA (EXTIRPACIÓN PARCIAL DE LA GLANDULA MAMARIA)

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Cuadrantectomía**.

Se entiende por **Cuadrantectomía** la cirugía para la extirpación parcial de la glándula mamaria.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

- (a) Padecimientos Preexistentes de acuerdo con las definiciones del presente contrato.
- (b) Cirugías de carácter estético o plástico.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA COLOCACIÓN DE MARCAPASO DEFINITIVO

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Colocación de Marcapaso definitivo..**

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO (PILA DEL MARCAPASO)

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida Para efectuar el **Cambio de Generador de Marcapaso**.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA REEMPLAZO DE VÁLVULA CARDIACA

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para el **Reemplazo de Válvula Cardíaca**.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CIERRE DE DEFECTOS AURICULARES O VENTRICULARES (CIRUGÍA DE CAVIDADES DEL CORAZÓN).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para el **Cierre de Defectos Auriculares o Ventriculares**.

Se entiende por **Cierre de Defectos Auriculares o Ventriculares** la cirugía de cavidades del corazón.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA
(CIRUGÍA PARA CORREGIR LA DILATACIÓN DE GRANDES VASOS).**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe por primera vez en su vida **Tratamiento Quirúrgico de los Aneurismas de la Aorta**.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de los Aneurismas de la Aorta** la cirugía para corregir la dilatación de grandes vasos.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DERIVACIÓN BY PASS CORONARIO ÚNICO
O DOBLE (PUENTE CORONARIO).**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para realizar una **Derivación by Pass**.

Se entiende por **Derivación by Pass** la cirugía para la derivación vascular o revascularización cardíaca ya sea único o doble (Puente coronario) en caso de bloqueo en una o más arterias coronarias.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL CORONARIA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Angioplastía Transluminal Coronaria**.

Se entiende por **Angioplastía Transluminal Coronaria** la cirugía para el desbloqueo de grandes vasos coronarios.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado padezca o haya padecido alteración de los lípidos en sangre (colesterol o triglicéridos) conocidos como dislipidemia, o sea portador de una enfermedad crónica degenerativa que afecte la circulación cardíaca (coronaria), como hipertensión y/o diabetes mellitus.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PERIFÉRICA PARA HEMODIALISIS.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe primera vez en su vida **Tratamiento Quirúrgico de Fístula Arteriovenosa Periférica para Hemodialisis**.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de Fístula Arteriovenosa Periférica para Hemodialisis** la cirugía para la comunicación de arteria y vena para tratamiento de la Insuficiencia renal.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes de acuerdo con las definiciones del presente contrato.
- (b) Tener diagnosticada insuficiencia renal crónica en cualquier etapa, estadio o grado.
- (c) Padecer o haber padecido Diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica, o alteración de los lípidos en sangre (colesterol o triglicéridos),

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR SAFENECTOMÍA (CIRUGÍA DE VÁRICES).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Safenectomía**.

Se entiende por **Safenectomía** la cirugía para corregir las várices.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

- (a) La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Se excluye esta cobertura para fines estéticos.**

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HERNIOPLASTÍA (INGUINAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, UMBILICAL) UNILATERAL O BILATERAL.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Hernioplastía (Inguinal, Crural, Epigástrica, Umbilical) Unilateral o Bilateral**.

Se entiende por **Hernioplastía (Inguinal, Crural, Epigástrica, Umbilical) Unilateral o Bilateral** la cirugía para corregir hernias.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO GASTROSTOMÍA (COMUNICAR EL ESTÓMAGO CON LA PARED ABDOMINAL).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Gastrostomía**.

Se entiende por **Gastrostomía** la cirugía para comunicar el estómago con la pared abdominal.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMICOLECTOMÍA DERECHA O IZQUIERDA (EXTIRPACIÓN DE INTESTINO GRUESO).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Hemicolectomía Derecha o Izquierda**.

Se entiende por **Hemicolectomía Derecha o Izquierda** la cirugía para extirpación de intestino grueso.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENTEROTOMÍA O ESTEROSTOMÍA TEMPORARIA O DEFINITIVA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Enterotomía o Esterostomía Temporal o Definitiva**.

Se entiende por **Enterotomía o Esterostomía Temporal o Definitiva** la cirugía para el establecimiento de una abertura temporal o permanente entre un asa intestinal y la pared abdominal.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMORROIDECTOMÍA CON O SIN FISURA ANAL (EXTIRPACIÓN DE HEMORROIDES).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Hemorroidectomía con o sin Fisura Anal**.

Se entiende por **Hemorroidectomía con o sin Fisura Anal** la cirugía para la extirpación de hemorroides.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FISTULECTOMÍA, FISTULOTOMÍA, FISURECTOMÍA, CRIPTECTOMÍA O PAPILECTOMÍA (DEFECTOS DEL RECTO Y ANO).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Fistulectomía, Fistulotomía, Fisurectomía, Criptectomía o Papilectomía.**

Se entiende por **Fistulectomía, Fistulotomía, Fisurectomía, Criptectomía o Papilectomía** la cirugía para corregir defectos del ano y recto.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INCISIÓN O DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL (CIRUGÍA DE ABSCESO ANAL).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Incisión o Drenaje de Absceso Perianal**.

Se entiende por **Incisión o Drenaje de Absceso Perianal** la cirugía para tratar un absceso anal.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO RADICAL DEL ABSCESO PERIANAL CON RESECCIÓN (CIRUGÍA AMPLIA DE ABSCESO ANAL).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de un **Procedimiento Radical del Absceso Perianal con Resección**.

Se entiende por **Procedimiento Radical del Absceso Perianal con Resección** la cirugía amplia de absceso anal.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LINFADENECTOMÍA CERVICAL, AXILAR O INGUINAL RADICAL (EXTIRPACIÓN DE CADENAS GANGLIONARES).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Linfadenectomía Cervical, Axilar o Inguinal Radical**.

Se entiende por **Linfadenectomía Cervical, Axilar o Inguinal Radical** la cirugía para extirpación de cadenas ganglionares.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE NEFRECTOMÍA TOTAL, CUALQUIERA QUE FUERA LA VÍA UTILIZADA (EXTIRPACIÓN DE RIÑÓN).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Nefrectomía Total**, cualquiera que fuera la vía utilizada.

Se entiende por **Nefrectomía Total** la cirugía para extirpación de un riñón.

Para esta cobertura aplicará el **Periodo de Espera** en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Padecer o haber padecido algún padecimiento crónico degenerativo, como diabetes mellitus, hipertensión arterial o alteración de los lípidos en sangre (colesterol o triglicéridos).

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CORREGIR LA INCONTINENCIA DE ORINA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para corregir la **Incontinencia de Orina**.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROSTATECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN DE PRÓSTATA, INCLUYENDO GANGLIOS).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Prostatectomía Radical**.

Se entiende por **Prostatectomía Radical** la cirugía para extirpación de la próstata, incluyendo ganglios.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA RESECCIÓN TRANS-URETRAL DE PRÓSTATA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Resección Trans-uretral de la Próstata**.

Se entiende por **Resección Trans-uretral de la Próstata** la cirugía para extirpación de la próstata por medio endoscópico.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIDROCELE Y/O VARICOCELE
(TESTÍCULO OCUPADO POR VÁRICES O LÍQUIDO).**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la práctica de **Hidrocele y/o Varicocele**.

Se entiende que el Tratamiento Quirúrgico por **Hidrocele y/o Varicocele** es la cirugía para corregir un testículo ocupado por várices o líquido.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR CONIZACIÓN O CERCLAJE DEL CUELLO DE LA MATRIZ.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para tratar una **Conización o Cerclaje del Cuello**.

Se entiende que el tratamiento quirúrgico para tratar una **Conización o Cerclaje del Cuello** la cirugía por lesiones o incompetencia del cuello de la matriz.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR COLPORRAFIA Y/O COLPO-
PERINEOPLASTÍA ANTERIOR Y/O POSTERIOR.**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Colporrafia y/o Colpo-perineoplastía anterior y/o posterior**.

Se entiende que la **Colporrafia y/o Colpo-perineoplastía anterior y/o posterior** es la cirugía de vejiga y/o caída de la matriz.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULAS DE BARTHOLIN.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Extirpación de las Glándulas de Bartholin**.

Se entiende que el tratamiento quirúrgico para la **Extirpación de las Glándulas de Bartholin** es la cirugía para corregir un absceso en los labios menores.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESIS EN HÚMERO, PÉLVIS, SACRO, FÉMUR, TIBIA, Y/O TIBIA-PERONÉ.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de **Osteosíntesis en Húmero, Pélvis, Sacro, Fémur, Tibia y/o Tibia-Peroné**.

Se entiende por **Osteosíntesis en Húmero, Pélvis, Sacro, Fémur, Tibia y/o Tibia-Peroné** es la cirugía para la aplicación de tornillos, clavos o placas derivado de fracturas en un brazo, la cadera, y/o una pierna.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESIS EN CUBITO, RADIO Y/O
TERCIO INFERIOR DE UNO O MÁS HUESOS.**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez para la realización de **Osteosíntesis de Cubito, Radio y/o Tercio inferior de uno o más Huesos**.

Se entiende por **Osteosíntesis de Cubito, Radio y/o Tercio inferior de uno o más Huesos** es la cirugía para la aplicación de tornillos, clavos o placas en antebrazos derivado de una fractura.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROPLASTÍA DE CADERA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Artroplastía de Cadera**.

Se entiende por **Artroplastía de Cadera** la cirugía de cadera.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado padezca o haya padecido algún grado de osteoporosis

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROPLASTÍA DE RODILLA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Artroplastía de Rodilla**.

Se entiende por **Artroplastía de Rodilla** la cirugía de rodilla.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado padezca o haya padecido algún grado de osteoporosis o que presente cambios degenerativos en la(s) rodilla(s).

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA APLICACIÓN DE PRÓTESIS EN LA COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR, LA CADERA Y/O LA RODILLA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Aplicación de Prótesis en la Columna Cervical, Dorsal, Lumbar, la Cadera y/o la Rodilla.**

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado padezca o haya padecido cualquier grado de osteoporosis o que presente cambios degenerativos en la columna.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LUXACIÓN EN LA CADERA Y/O LA RODILLA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para tratar una **Luxación de la Cadera y/o la Rodilla**.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado padezca o haya padecido cualquier grado de osteoporosis.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LUXACIÓN DE CLAVÍCULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO Y/O TOBILLO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para tratar una **Luxación de Clavícula, Hombro, Codo, Muñeca, Metacarpo y/o Tobillo**.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LUXACIÓN DE METACARPO O METATARSO-FALÁNGICA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para tratar una **Luxación de Metacarpo o Metatarso-Falángica**.

Se entiende por **Luxación de Metacarpo o Metatarso-Falángica** la cirugía de huesos de la mano o el pie.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TENOPLASTÍA CON ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO O INJERTO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una **Tenoplastía con Alargamiento, Acortamiento o Injerto**.

Se entiende por **Tenoplastía con Alargamiento, Acortamiento o Injerto** la cirugía de ligamentos y/o tendones.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DISCECTOMÍA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para para la realización de una **Discectomía Cervical, Dorsal o Lumbar**.

Se entiende por **Discectomía Cervical, Dorsal o Lumbar** la cirugía de discos de columna.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado presente cambios óseos degenerativos en la columna.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE NEUMONECTOMÍA TOTAL.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para para la realización de una **Neumonectomía Total**.

Se entiende por **Neumonectomía Total** la cirugía para extracción de un pulmón.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOBECTOMÍA (1 SÓLO LÓBULO PULMONAR).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para para la realización de una **Lobectomía**.

Se entiende por **Lobectomía**, la cirugía para la extracción de 1 sólo lóbulo pulmonar.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para para la realización de una **Litotripsia Extracorpórea**.

Se entiende por **Litotripsia Extracorpórea** la Cirugía para deshacer piedras en el riñón por ondas de ultrasonido.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

(a) Padecimientos Preexistentes.

(b) Que el Asegurado haya presentado episodios previos de litiasis renoureteral no importando tiempo de evolución.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS URINARIOS POR ENDOSCOPIA O MICROCIROGÍA O VÍA PERCUTÁNEA URETERALES O PÉLVICOS (LITOTRIPSIA).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para para la realización de una **Litotripsia Extracorpórea**.

Se entiende por **Litotripsia Extracorpórea** la cirugía para extraer o deshacer cálculos urinarios (piedras) en el riñón por endoscopia o microcirugía o vía percutánea, uretrales o pélvicos.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

- (a) Padecimientos Preexistentes.
- (b) Que el Asegurado haya presentado episodios previos de litiasis renoureteral no importando tiempo de evolución.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DECORTICACIÓN PULMONAR TOTAL.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para llevar a cabo la **Decorticación Pulmonar Total**.

Se entiende por **Decorticación Pulmonar Total** la cirugía para extracción de la pleura que recubre los pulmones.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMAS CEREBRALES CON BALÓN O COILS.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para llevar a cabo la **Embolización de Aneurismas Cerebrales con Balón o Coils**.

Se entiende por **Embolización de Aneurismas Cerebrales con Balón o Coils** la cirugía para Coagulación de defectos arteriales por cateterismo.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

**INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA COLOCACIÓN DE STENTS
ARTERIALES O VENOSOS.**

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Colocación de Stents Arteriales o Venosos**.

Se entiende por **Colocación de Stents Arteriales o Venosos** la cirugía para colocación de prótesis vasculares arteriales o venosos.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- a) Padecimientos Preexistentes.
- b) Que el Asegurado padezca o haya padecido de cualquier padecimiento crónico degenerativo que afecte la circulación, como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica o alteración de los lípidos en sangre (colesterol y triglicéridos).

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CRANEOTOMÍA O PARALOBOTOMÍA INCLUYENDO CINGULOTOMÍA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para llevar a la realización de una **Craneotomía o Paralobotomía incluyendo Cingulotomía**.

Se entiende por **Craneotomía o Paralobotomía incluyendo Cingulotomía** la cirugía de cabeza.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EXCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe por primera vez en su vida **Tratamiento Quirúrgico de Excisión de Tumor Cerebral**.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de Excisión de Tumor Cerebral** la cirugía para extraer un tumor cerebral infratentorial o de fosa posterior.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CRANEOFACIAL LEFORT III CON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS INTERNO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la **Reducción abierta de fractura craneofacial LEFORT III con material de osteosíntesis interno**.

Se entiende por **Reducción abierta de fractura craneofacial LEFORT III con material de osteosíntesis interno** la cirugía de huesos cráneo-faciales.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

INDEMNIZACIÓN POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE NEUROCIRUGÍA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida por una **Neurocirugía**.

Para efectos de esta cobertura, se considera por **Neurocirugía** toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales y los vasos sanguíneos del cerebro.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Neurocirugías realizadas antes del Alta del Certificado Individual.**
- (c) Padecimientos congénitos o complicaciones derivadas de estos padecimientos y/o su tratamiento.**
- (d) Hernias del núcleo pulposo.**
- (e) Síndrome del túnel carpiano.**
- (f) Hernias de Disco.**
- (g) Escoliosis.**
- (h) Defectos del cierre del Tubo Neural.**

V. SERVICIOS DE ASISTENCIA

SERVICIO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA

1. Descripción del Servicio

En caso de estar contratado expresamente este servicio de asistencia, previa solicitud del Asegurado, la Compañía, a través del equipo médico del proveedor, proporcionará orientación inmediata el servicio descrito a continuación:

MEDIPHONE

Este servicio se brindará al Asegurado, su cónyuge e hijos mismos que serán identificados por escrito de tiempo en tiempo por el Contratante.

Objetivo:

Poner a disposición del Asegurado de forma inmediata un equipo de profesionales médicos y técnicos calificados, para brindar orientación médica telefónica inmediata relacionada con la salud mediante una simple llamada telefónica, sea cual sea el lugar donde se encuentre.

Características:

El Asegurado podrá tener una conexión rápida y permanente con un médico vía telefónica. Es un servicio telefónico que ofrece orientación médica telefónica las 24 horas del día, proporcionando soporte de orientación médica para las cuestiones relacionadas con la salud del Asegurado y su familia.

Orientación e información médica:

- Orientación médica sobre urgencias médicas y primeros auxilios
- Orientación sobre medicamentos, efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos (sin emitir recetas ni tratamiento)
- Orientación materno-infantil y para la tercera edad
- Orientación higiénico-dietéticas
- Orientación sobre farmacodependencias
- Orientación sobre efectos y evolución de distintos tratamientos que pudieran haber sido recetados por otros médicos
- Orientación sobre la necesidad de acudir a consulta médica
- Información sobre patologías
- Información sobre pruebas diagnósticas
- Orientación en distintas especialidades médicas
- Información y orientación sobre terapias antitabaco (*SmokeOut*)
- Información de y conexión con especialistas médicos y centros hospitalarios
- Información de y conexión con servicios de urgencia, ambulancias, taxis, etc. (los servicios de urgencias, ambulancias y taxis son independientes, no incluidos y pueden cobrar por separado sus servicios)

- Información de y conexión con servicios de asistencia sanitaria domiciliaria
- Información sobre servicios de urgencia de la red pública y privada

2. Condiciones

El servicio de asistencia no constituye un seguro y se presta a través de un tercero contratado por la Compañía

Los servicios de Contactos de emergencia, urgencias, ambulancias y taxis son independientes a la Compañía y no están incluidos como parte de su seguro por lo que los costos que se generen deberán ser pagados directamente.

Las llamadas son ilimitadas y gratuitas cuando se marca desde un teléfono fijo.

Si se marca desde un teléfono celular, el costo es de los minutos a nivel nacional.

Servicio las 24 horas los 365 días del año.

Para acceder a los servicios, sólo tiene que llamar al número de atención 01-800-890-59-93

Una vez que el Asegurado, su cónyuge o hijos se comuniquen al número de atención, el equipo médico que le atienda brindará orientación médica telefónica inmediata.

El servicio no es de atención médica sino sólo de orientación e información sin emitir diagnóstico ni tratamiento médico ni recetando medicamentos.

3. Exclusiones

El tercero contratado por la Compañía podrá abstenerse de brindar el servicio a la persona que no otorgue su consentimiento (tácito o expreso) o no autorice el tratamiento de sus datos personales, según se requiera.

La Compañía no brindará los servicios de atención médica ni asume ninguna responsabilidad por la atención médica brindada por terceros a los Asegurados y sus dependientes, incluyendo sin limitación en caso de negligencia médica. El servicio de atención médica, en su caso, es únicamente brindado por los profesionales de la salud de manera directa y bajo su propia responsabilidad.

Este servicio es sin límite de eventos y no incluye concertación de citas.

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 agosto de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016.