IDEAL

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Por favor, lea cuidadosamente el Contrato de Seguro, el cual incluye la Solicitud de Seguro. La Póliza se ha emitido sobre la base de que toda la información de esta Póliza, incluyendo toda la información contenida en la Solicitud, la cual forma parte de este contrato. El Asegurado tiene el deber absoluto de notificar a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud.

INDICE

DEFINICIONES 4
COBERTURAS 8
SERVICIOS HOSPITALARIOS 9
CIRUGIA AMBULATORIA 10
PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGENITAS Y/O GENÉTICAS 10
EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS 10
TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE 10
ENFERMERA EN EL HOGAR 11
CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO 11
EXAMENES DE LABORATORIO Y SERVICIOS DE DIAGNOSTICO 11
SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA 11
MATERNIDAD 11
COMPLICACIONES DE MATERNIDAD 12
CUIDADO NEONATAL 12
TRASPLANTE DE ORGANOS 12
SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO. 13
ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES 14
MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCION MÉDICA 14
CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS 15
TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE 15
EXONERACION DE PRIMAS 15
PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION 17
A. Revisión Concurrente 17
B. Gestión de Casos 17
C. Segunda Opinión Quirúrgica 18
EXCLUSIONES 18
CLAUSULAS GENERALES 22

Contrato de Seguro.....22
Modificaciones.....22
Vigencia del Contrato.....22
Omisiones o Declaraciones Inexactas.....22
Pago de Primas.....22
Vencimiento del Pago.....23
Periodo de Beneficio.....23
Rehabilitación.....23
Renovación.....24
Terminación del Contrato.....24
Coordinación de Beneficios.....24
Subrogación de derechos.....25
Interés Moratorio.....25
Movimiento de asegurados: altas de nuevos asegurados.....25
Movimiento de asegurados: bajas de asegurados.....25
Trámite de reclamaciones.....26
Pago de reclamaciones.....27
Moneda.....27
Elegibilidad.....27
Edades de Aceptación.....28
Competencia.....28
Acuerdo de Arbitraje Médico.....29
Notificaciones.....29
Prescripción.....29
Agravación Esencial del Riesgo.....30
Notificación de Comisiones.....31
LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO.....31

DEFINICIONES

ACCIDENTE
Acontecimiento imprevisto e involuntario, ocurrido dentro de la vigencia de este contrato, proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales al Asegurado y que requieren de atención médica.

Se considera como parte de un mismo Siniestro a todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y/o secuelas.

No se consideran Accidentes las lesiones autoinfligidas.

AÑO POLIZA
Período de cobertura de un Asegurado comenzando en la Fecha de Inicio Original y terminando en el doceavo (12vo) mes aniversario del mismo; y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses para cualquier renovación de esta Póliza.

ASEGURADO
Persona incluida en la Solícitud y Carátula de la Póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta y con derecho a los beneficios contratados y para quien se haya pagado la prima correspondiente.

ASEGURADORA O LA COMPAÑÍA
THONA Seguros S.A. de C.V.

CONTRATANTE
Es aquella persona física o moral, que solicitó la celebración del Contrato para sí y/o para una tercera persona, y que además se compromete a realizar el pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la póliza se estipulan.

CUIDADOS DE CUSTODIA
Cuidado no médico que ayuda a las personas con su cuidado básico diario, como comer, bañarse, vestirse. El cuidado de custodia puede ser recomendado por personal médico autorizado, pero los proveedores de cuidado de custodia no están obligados a ser profesionales médicos.

DEDUCIBLE ANUAL
Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la Carátula de Póliza el cual aplicará por Asegurado, por Año Póliza en términos de las Condiciones Generales vigentes del Contrato de Seguro.

La obligación de pago a cargo de la Compañía comienza desde que los gastos por atención médica cubiertos han rebasado el Deducible Anual y hasta el monto de la Suma Asegurada contratada.

DEPENDIENTE
Significa el cónyuge o la persona viviendo en concubinato o sociedad en convivencia con el Titular de Póliza y/o hijos, hijastros e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea él mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando a la Fecha de Inicio Original de la cobertura o la fecha de renovación dichos hijos sean solteros y residan con el Titular de Póliza, en cuyo caso podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso de que el Dependiente estudie de tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24 años.

DEPORTES PROFESIONALES
Son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

EMERGENCIA MÉDICA
Atención médica o quirúrgica a la que se deba someter el Asegurado por presentar en forma súbita e imprevista una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por esta Póliza, dentro de las veinticuatro horas de ocurrida dicha Enfermedad o Accidente y ésta sea atendida en el área de urgencias de un Hospital, Clínica o Sanatorio

ENFERMEDAD
Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico y cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y durante el Año Póliza. Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren.

Se consideran como parte de la misma Enfermedad, las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

ENFERMEDAD INFECCIOSA
Cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

ENFERMERO(A)
Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia y cuidado a los enfermos; **no puede ser miembro de la familia del Asegurado, ni alguno de los Asegurados en este Contrato de Seguro.**

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Para efectos de este Contrato, son aquellas enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las siguientes características:

a) Se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en el cual 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.

b) Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del 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 reclamación, o

c) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.

La Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

ENDOSO
Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o particulares del Contrato y forma parte de éste.

EXAMEN MEDICO
Declaración escrita de un Médico sobre la salud del Asegurado con relación a la condición física y médica de éste, basado en observaciones clínicas y/o pruebas médicas. Para efectos de este Contrato, la Aseguradora podrá solicitar un Examen Médico como parte de la evaluación del riesgo. El Examen Médico debe ser documentado utilizando formulario médico aprobado por la Aseguradora.

FECHA DE INICIO ORIGINAL
Significa la primera fecha en que el Contratante tiene conocimiento de la aceptación de la oferta por parte de la Aseguradora y se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza y no es la fecha de la Solicitud o la fecha de renovación para cualquier Año Póliza subsiguiente.

FECHA DE VENCIMIENTO
Fecha en que cualquier pago de prima subsecuente sea pagadero.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS
Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos bajo este contrato de seguro. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados. Los cuales podrán ser consultados en la página www.thonaseguros.mx .

HOSPITAL
Cualquier institución legalmente autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes.

Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para Tratamientos naturales, termales, masajes y estéticos.

HOSPITALIZACIÓN
Estancia contínua del Asegurado en un Hospital por más de 24 horas, siempre y cuando sea médicamente justificada y necesaria para la atención de un Accidente o Enfermedad cubierto para el restablecimiento de su salud. Dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al Hospital y concluye con el alta del servicio que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme el Asegurado, los familiares que, en tal caso, serán responsables del Asegurado.

INCAPACIDAD TEMPORAL
Aquella que impide al Asegurado a desempeñar su actividad laboral por un tiempo y que después del tratamiento médico, podrá reincorporarse a su actividad laboral.

INCAPACIDAD PERMANENTE
Aquella en la que el Asegurado presenta secuelas o problemas funcionales graves y ve reducida o anulada su capacidad laboral hasta el punto de impedir el correcto ejercicio de su actividad profesional, y en ocasiones cualquier tipo de trabajo.

LESION
Lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

MEDICAMENTE NECESARIO
Tratamiento, servicio, o suministro médico que la Aseguradora determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. **Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:**

a) **Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del médico;**
b) **No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;**
c) **Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;**
d) **No se le reconoce médica ni científicamente;**
e) **Se considera como experimental y no aprobado por la autoridad sanitaria competente y/o la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, dependiendo donde sea proveido el tratamiento.**

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCION MÉDICA
Son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica.

MÉDICO
Profesional debidamente autorizado para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su especialidad, licencia y entrenamiento. **No puede ser miembro de la familia del Asegurado, ni alguno de los Asegurados de este Contrato de Seguro.**

MIEMBRO DE LA FAMILIA
Cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo/a, nieto/a, suegro (a), cuñado (as), sobrinos (as), tío (a), primos (as) del Asegurado.

PAIS DE RESIDENCIA
Es el lugar en donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier Año Póliza o donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor, para efectos de este contrato el país de residencia del asegurado debe ser la República Mexicana. Si un Asegurado cambia su país de residencia, deberá notificarlo a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio. Ninguna persona, a no ser un estudiante Dependiente a tiempo completo, podrá residir en los Estados Unidos durante más de 180 días en el transcurso de cualquier plazo de 365 días.

PERIODO DE GRACIA
Plazo de 30 días que el Contratante tiene para pagar la prima correspondiente una vez que haya vencido ésta.

RED DE FARMACIAS
Es una red de suministro de medicamentos a nivel internacional para proporcionar productos y servicios farmacéuticos cubiertos por la Póliza. En México, la red de farmacias es administrada a través de Global Reach RX México, S.A. de C.V. contando con una red de suministro de medicamentos a nivel nacional de más de 800 puntos de ventas con cadenas nacionales como con farmacias independientes, así como un sistema de entrega a domicilio que permite cubrir cualquier punto del país. Internacionalmente, la Red de Farmacias es coordinada a través de Global Reach RX, contando con más de 69,000 farmacias acreditadas, centros de infusión, proveedores de equipos médicos duraderos.

RED DE PROVEEDORES PLAN IDEAL
Está constituida por Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos con los que la Aseguradora tiene celebrados convenios para ofrecer los servicios médicos a los Asegurados. Esta red podrá sufrir modificaciones por parte de la Aseguradora en cualquier momento, lo cual hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado. La red se puede consultar en **https://thonaseguros.mx/** y está sujeta a cambios y/o actualizaciones sin previo aviso, los cuales podrán consultar en dicho sitio web.

RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS
Grupo de Hospitales reconocidos y Médicos certificados para prestar servicios relacionados con Trasplante de Órganos. La lista actualizada de Hospitales y Médicos dentro de la Red de Proveedores para Trasplante de Órganos está disponible en el sitio web **https://thonaseguros.mx/** y esta sujeta a cambios y/o actualizaciones sin previo aviso, los cuales podrá consultar en dicho sitio web.

SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO
Son los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando éste no es Hospitalizado.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA
Transportación a un Hospital dentro de la localidad en dónde se encuentra el Asegurado derivado de una Emergencia Médica.

SOLICITUD
Significa el formulario proporcionado por la Aseguradora al Asegurado, y todas las respuestas y declaraciones hechas por el Asegurado en el mismo y en respuesta sobre el Asegurado y/o su(s) dependiente(s), y que son utilizados por la Aseguradora para decidir si aceptar el riesgo, modificar la cobertura ofrecida o rechazar el riesgo. La Solicitud incluye todos los documentos, cuestionarios, y materiales escritos presentados a la Aseguradora por el Asegurado o en nombre del Asegurado y/o de su(s) dependiente(s), incluyendo, cualquier Examen Médico. Todas las Solicitudes están sujetas a evaluación por parte de la Aseguradora. **La aceptación del contrato no está garantizado.**

TITULAR
Asegurado bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS
Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido se implanta de una parte a otra, o de un individuo a otro (dentro de la misma especie). Cuando se extrae un órgano, célula o tejido y luego se vuelve a implantar en la misma persona. Cualquier procedimiento o tratamiento que se apruebe bajo el beneficio de Trasplante deberá ser médicamente reconocido y no considerado experimental.

COBERTURAS

Este contrato tiene por objeto cubrir los gastos médicos en que incurra el Asegurado con motivo de su atención médica para el restablecimiento de su salud física a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a un diagnóstico definitivo y dentro de los límites y condiciones establecidas en estas condiciones generales, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de que sea diagnosticada la enfermedad o suceda el Accidente.

El Plan Ideal proporciona cobertura en la Red de Proveedores Plan Ideal. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto cuando se trate de Tratamiento Médico de Emergencia.

Todos los beneficios son por Asegurado, por Año Póliza, a menos que se indique lo contrario y están sujetos al Deducible Anual según consta en la Carátula de la Póliza. Los beneficios están sujetos a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el área donde se presten los servicios.

El Deducible Anual según consta en la Carátula de la Póliza será aplicado por Asegurado, por Año Póliza; en caso de pólizas familiares será de hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza.

Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

Se aplicará una reducción del cincuenta (50%) por ciento al Deducible Anual para Servicios Hospitalarios cuando el tratamiento sea proporcionado en el País de Residencia del Asegurado, cuando la póliza sea contratada con Deducible: 500.00 dólares norteamericanos, 1,000.00 dólares norteamericanos o 2,500.00 dólares norteamericanos.

No se aplicará Deducible Anual a lo siguiente:

- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de Accidente.
- Servicio Local de Ambulancia.
- Maternidad o Complicaciones, cuando la póliza sea contratada con Deducible: 500.00 dólares norteamericanos, 1,000.00 dólares norteamericanos o 2,500.00 dólares norteamericanos.
- Cuidado Neonatal, cuando la póliza sea contratada con Deducible: 500.00 dólares norteamericanos, 1,000.00 dólares norteamericanos o 2,500.00 dólares norteamericanos.
- Chequeos Medicos Rutinarios.

La cobertura durante los primeros 30 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, se limitará a Accidentes, Enfermedades Infecciosas y Emergencias Médicas.

La responsabilidad de la Aseguradora será hasta la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para cada cobertura amparada.

Los honorarios médicos únicamente se pagarán a médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

Gastos Médicos cubiertos:

SERVICIOS HOSPITALARIOS
Son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios a Pacientes Externos y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital por un período continuo de no menos de 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por el Médico tratante, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

Los costos por habitación hospitalaria y unidad de cuidados intensivos estarán limitados a 240 días.

CIRUGIA AMBULATORIA
Se cubre la cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital, en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna, en una entidad quirúrgica independiente o en un consultorio médico que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores Plan Ideal, después de notificar a la Aseguradora. Los beneficios pagaderos por servicios prestado fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de este beneficio.

PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGENITAS Y/O GENÉTICAS
Se cubren los trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios. Esta cobertura aplica:

A. El beneficio máximo para la cobertura Padecimientos o Enfermedades Congénitas y/o Genéticas diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad será hasta el máximo de la suma asegurada establecida en la Carátula de la Póliza para este beneficio, por Asegurado de por vida, incluyendo cualquier beneficio ya pagado o por pagar bajo la cobertura existente de Cuidado Neonatal de esta Póliza que esté relacionado a la misma condición.
B. El límite máximo de por vida para Padecimientos o Enfermedades Congénitas y/o Genéticas diagnosticados al Asegurado al o después de cumplir los dieciocho (18) años de edad, será hasta el límite máximo de la Póliza establecido en la Carátula de la Póliza.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS
La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el malfuncionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora y los mismos deberán ser provistos por la Aseguradora o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora y el Médico Tratante.

La responsabilidad de la Aseguradora será hasta la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
Queda cubierto el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro de los noventa (90) días de sufrido el Accidente.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA
Queda cubierto el Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal en los Estados Unidos de America para aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o una Lesión seria. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal serán pagados hasta un

máximo de la suma asegurada establecida en la Carátula de la Póliza por incidente, después de que el Deducible Anual haya sido satisfecho. El Asegurado será responsable por cincuenta (50%) por ciento de todos los cargos médicos que excedan de la suma asegurada para esta cobertura.

En el caso que el evento no sea una emergencia tal y como se define anteriormente, el Asegurado será responsable por cincuenta (50%) por ciento de todos los cargos médicos cubiertos.

ENFERMERA EN EL HOGAR
Se cubren los servicios médicos de una (o) enfermera (o), en el hogar del Asegurado, prescritos por el Médico tratante y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo este contrato. Los cuidados de Enfermera en el Hogar se cubren después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, sujeto a los costos Razonables, Usuales y Acostumbrados en el área donde dichos servicios sean proporcionados. Este beneficio está limitado al máximo de días estipulados en la Carátula de la Póliza, por Año Póliza. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora y el Médico tratante. Se deberá presentar un plan de tratamiento que justifique la necesidad médica **y no incluye los cuidados de custodia**.

La responsabilidad de la Aseguradora será hasta el número de días estipulados en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO
Se cubren los gastos incurridos e incluidos en la cuenta del Hospital por la estadía nocturna de un Acompañante durante la hospitalización de un Dependiente Menor de 18 Años.

La responsabilidad máxima de la Aseguradora está estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura y hasta 30 días.

EXAMENES DE LABORATORIO Y SERVICIOS DE DIAGNOSTICO
Se cubren los análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y/o lesiones cubiertas , durante la hospitalización.

Exámenes y Servicios de Laboratorio se consideran como parte de los Servicios para Pacientes Externos, cuando éstos sean proveídos u ordenados por el Médico tratante, por lo que la responsabilidad máxima de la Aseguradora para este beneficio es el estipulado en la cobertura de Servicios para Pacientes Externos.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA
Se cubre la transportación terrestre por Emergencia Médica a un Hospital dentro de la localidad en dónde se encuentre el Asegurado, siempre y cuando se encuentre medicamente justificada.

MATERNIDAD
Este beneficio cubre a la Asegurada siempre y cuando ésta haya estado amparada por esta póliza de forma continua e ininterrumpida con por lo menos diez (10) meses después de la Fecha de Inicio Original de la respectiva Asegurada, incluye:

A. Todos los gastos relacionados al tratamiento prenatal y postnatal, el alumbramiento, aborto, las complicaciones del embarazo o del alumbramiento, asi como una cesárea electiva o una cesárea después de una cesárea previa, están limitados al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en la Carátula de Póliza a menos que se trate de una Complicación

de Maternidad, tal y como se define en esta Póliza. El beneficio de Maternidad es limitado a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el área donde la Maternidad ocurra.

B. Las Aseguradas que anteriormente habrían estado cubiertas como hijas Dependientes bajo otra Póliza con beneficios de Maternidad con la Aseguradora tienen que haber estado aseguradas bajo la Póliza anterior por un mínimo de diez (10) meses para tener derecho a este beneficio.
C. Este beneficio está disponible para las hijas Dependientes y Cónyuge del Asegurado.

Este beneficio no esta disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra previsión de esta Póliza.

La responsabilidad de la Aseguradora será hasta la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura y el número de eventos también ahí establecidos.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD

Se cubre el curso anormal del embarazo y postparto que impide que la madre pueda tener un parto normal bajo cuidado médico regular. **Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad. Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto, que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.**

Esta cobertura únicamente aplica a aquellas pólizas que se hayan contratado con los deducibles de 500.00 dólares norteamericanos, 1,000.00 dólares norteamericanos o 2,500.00 dólares norteamericanos, siempre y cuando la Maternidad esté cubierta bajo esta póliza.

La responsabilidad de la Aseguradora será hasta la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura y el número de eventos también ahí establecidos.

CUIDADO NEONATAL

El recién nacido quedará automáticamente cubierto bajo esta Póliza siempre y cuando la Maternidad haya sido cubierta bajo este contrato. El Cuidado Neonatal incluirá la atención rutinaria que se proveen al (los) hijo(s) recién nacidos la cual será cubierta desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida. Cuidado Neonatal también incluirá costos por tratamiento medicamente necesarios relacionados a Enfermedad y/o condiciones médicas y padecimientos diagnosticados durante los primeros 90 días de vida del recién nacido hasta el límite máximo establecido en la Carátula de la Póliza de por vida y por hijo asegurado.

No incluye desórdenes congénitos.

Esta cobertura únicamente aplica a aquellas pólizas que se hayan contratado con los deducibles de 500.00 dólares norteamericanos, 1,000.00 dólares norteamericanos o 2,500.00 dólares norteamericanos.

TRASPLANTE DE ORGANOS

La Aseguradora cubrirá hasta el monto máximo de la suma asegurada pagadera para esta cobertura cuando el Asegurado sea sometido a un Trasplante de Órgano sólido o Trasplante de tejidos o células que sean médicamente reconocidos **y que no sean considerados**

experimentales. La cobertura de Trasplante de Órganos y tejidos humanos únicamente podrá ser proporcionada por proveedores de la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos.

El beneficio de Trasplante de Órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por el Médico Tratante, que haya sido certificado y validado por una segunda opinión médica o quirúrgica y además aprobada por el Médico especialista en la materia que designe la Aseguradora y ésta autorice el trasplante y bajo los términos y condiciones de este contrato.

Este beneficio está limitado a la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza por Asegurado y únicamente una vez en la vida del Asegurado.

Se cubre el Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea o páncreas. **Ningún otro Trasplante estará cubierto**.

Este beneficio incluye:

A. Cuidados previos al Trasplante, incluyendo servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad de Trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante;
B. Estudios pre-operatorios los cuales incluye Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnostico como las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros;
C. El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano;
D. El procedimiento de Trasplante del órgano;
E. Cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo cualquier tratamiento posterior y Médicamente Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, sea consecuencia del Trasplante. Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.
F. Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera, transportación de emergencia, atención médica, visitas al consultorio del médico tratante, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

Este beneficio solo está disponible después de la notificación a la Aseguradora y deberá ser autorizado por ésta.

Este beneficio también incluye los gastos médicos ocasionados por la resección del órgano del donante hasta el límite máximo establecido en la Carátula de la Póliza.

SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO.
Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en la sala de primeros auxilios y en el área de emergencias de un Hospital que se proveen diariamente.

Los Servicios de Paciente Externo serán cubiertos al 100% hasta la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza, por Asegurado, por Año Póliza.

Los Servicios de Paciente Externo también incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis al 100%, únicamente cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores Plan Ideal, sujeto a la pre-autorización por la Aseguradora. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer cubierto por este contrato de seguro

El costo de los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados por proveedores fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal o proveedores diferentes a los de Servicios de Paciente Externo, se cubrirán a través de reembolso y se cubrirán al 50% (cincuenta por ciento).

ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES
La Compañía cubrirá las Enfermedades o Padecimientos Preexistentes que hayan sido diagnosticados dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza, siempre y cuando hayan sido declarados por el Asegurado al momento de la contratación de este seguro.

Todas aquellas Enfermedades o Padecimientos Preexistentes declarados serán cubiertos después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya transcurrido, **a menos que la Aseguradora excluya alguna (s) enfermedad (es) o padecimiento (es) preexistente (s) declarado (s), lo cual se hará constar en la Carátula de la Póliza.**

Los tratamientos por Enfermedades o Padecimientos preexistentes no declarados, o que hayan sido excluidos y señalados en la Carátula de la Póliza, no están cubiertos.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCION MÉDICA
Se cubrirán los medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico y **no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica**. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Este beneficio aplicará a los Medicamentos por Prescripción Médica administrados al Asegurado mientras que se encuentre hospitalizado y cuando estén relacionados al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital serán cubiertos al 100%, cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta póliza, por un período máximo de 30 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital o de la Cirugía Ambulatoria.

Los Medicamentos por Prescripción Médica, fuera del Hospital, que no estén relacionados a una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, serán cubiertos hasta el monto de la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza por Año Póliza cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Los Medicamentos por Prescripción Médica recetados como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la autoridad sanitaria competente y/o por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration (FDA)) de los Estados Unidos, dependiendo donde sea proveido el tratamiento, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la autoridad sanitaria correspondiente y/o de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

Prescripciones o Medicamentos Especializados
Estan cubiertos los medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas que se encuentren amparadas por este contrato.

Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones o Medicamentos Especializados serán solamente tomadas por la Aseguradora. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado se pueda administrar de forma segura en un centro ambulatorio preferido, la Aseguradora coordinará la administración y entrega del medicamento a dicho centro. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado sea auto administrado, la Aseguradora coordinará la dispensación y entrega del medicamento ya sea con el médico que prescribió el medicamento, o con la farmacia de la Red de Farmacias, o con el distribuidor de medicamentos.

Los Medicamentos Especializados deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la Aseguradora a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán considerados sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los Medicamentos Especializados que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Aseguradora de acuerdo con el plan de tratamiento.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Aseguradora.

CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS
La Aseguradora indemnizará, hasta el límite de la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, el costo de los exámenes médicos realizados por un Médico. Este beneficio se otorga solamente al Titular de Póliza y a su cónyuge asegurado, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un Año Póliza. Esta cobertura se otorgará una vez por Año Póliza para cada asegurado.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE
Se cubren los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia de Enfermedad Sexualmente Transmisible. El tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio de la Póliza, hasta el monto de la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

Las siguientes enfermedades no están cubiertas bajo este beneficio:

a) **Herpes (todo tipo)**
b) **Virus del Papiloma Humano (VPH)**
c) **Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

EXONERACION DE PRIMAS
Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que estén cubiertos bajo los términos de la póliza y que ocurran o comiencen después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, el Titular de Póliza fallece o se incapacita total y permanentemente y no puede ejercer las actividades normales de su profesión habitual; y si el Titular de Póliza, al momento de su fallecimiento o de la incapacidad total y permanente no ha cumplido aún los 60 años; y si en el caso de incapacidad la misma continúa por un período sin interrupción de seis (6) meses y ha sido certificado que la incapacidad total y permanente continuará, la Aseguradora mantendrá la cobertura de la Póliza para el Titular de Póliza y los Dependientes asegurados bajo la misma, exonerando las primas a pagar durante un período de dos (2) años consecutivos posteriores a la fecha del fallecimiento o la fecha en la cual comenzó la incapacidad total y permanente, en este caso, siempre y cuando el Asegurado permanezca total y permanentemente incapacitado.

Para efectos de hacer efectiva esta cobertura, en caso de fallecimiento del titular de la Póliza deberá presentar a La Aseguradora el original del acta de defunción y certificado de defunción del Titular; en el caso de incapacidad total y permanente, los siguientes documentos:

- Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Aseguradora
- Póliza original y endoso, si los tuviese
- Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
- Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuviesen.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- Expediente clínico completo junto con las pruebas de laboratorio y estudios que se le hayan practicado al Asegurado
- Copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.

Solo en aquellos casos en que no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, la Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y consecuencias del mismo.

La recepción de la documentación presentada por parte de La Compañía, no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

En caso de fallecimiento del Titular de Póliza, como resultado de la condición la cual causó la incapacidad total y permanente del Titular de Póliza, la Aseguradora continuará Exonerando las Primas para los Dependientes asegurados bajo esta Póliza por el resto de los dos años.

En caso de que el cónyuge sobreviviente contraiga de nuevo matrimonio, o pase a vivir en concubinato, este beneficio cesará automáticamente para el cónyuge sobreviviente y para todos los Dependientes asegurados bajo esta Póliza.

Para efectos de este beneficio, se entiende por incapacidad total y permanente, la que inhabilite al Titular de la Póliza de manera total y permanente para ejercer las actividades normales de su profesión habitual, ya sea por Accidente o Enfermedad que estén cubiertos por este contrato de seguro y que ocurran o comiencen después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza. Para hacer efectiva esta cobertura, el Titular de la Póliza al momento de la incapacidad total y permanente no deberá haber cumplido aún los 60 años, la incapacidad deberá haber continuado por un periodo sin interrupción de seis (6) meses, y se deberá certificar que la incapacidad total y permanente continuará.

Para determinar el estado de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por cualquier institución de salud pública o por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Incapacidad Total y Permanente.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Incapacidad Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Incapacidad Total y Permanente o que la incapacidad total y permanente no ha sido continua por un periodo sin interrupción de seis (6) meses, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo

costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de la Aseguradora.

PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Certificación de Ingreso a Hospital, Revisión Concurrente y Gestión de Casos.

Todas las decisiones que precisen de opinión profesional de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con una opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán responsabilidad exclusiva del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores médicos. Los Asegurados y los Médicos son los responsables de decidir que atención médica se debe dar o recibir y cuando y como se debe proveer dicha atención. La Aseguradora es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Aseguradora no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores médicos que elija el Asegurado.

La Aseguradora tiene que verificar y certificar las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá revisar las estadías en el Hospital, así como otros programas de tratamiento médico durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe cubrir el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Aseguradora podrá hacer disponible este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados médicos que sean eficaces en costos. La Aseguradora podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Aseguradora que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, y al Médico del Asegurado.

El que la Aseguradora ofrezca proveer o que de hecho provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la Aseguradora a seguir proveyendo dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en ningún momento al Asegurado ni a ningún otro Asegurado por la Aseguradora. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Aseguradora de hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Aseguradora específicamente modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

C. Segunda Opinión Quirúrgica

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes del procedimiento programado, a fin de que se otorgue la autorización correspondiente. La Aseguradora, podrá exigir una segunda opinión quirúrgica de un Médico elegido por la Aseguradora respecto al procedimiento quirúrgico programado. Sólo están cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas que exija y haya coordinado la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Aseguradora también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Aseguradora. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza. **Si la Aseguradora solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Aseguradora, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.**

La Aseguradora pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza en los que se hayan incurrido como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad, dolencia, o embarazo de que se trate. El pago será limitado a los gastos Usuales y Acostumbrados como se define en esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a la sucesión del Asegurado, en su caso o a los proveedres licenciados de la atención médica.

EXCLUSIONES

Los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza:

1) **Todo tratamiento relacionado con Enfermedades o Padecimientos Preexistentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas según consta en la Carátula de la Póliza, si las hubiese.**

2) **Costos por tratamientos durante los primeros 30 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza con excepción de Accidentes, Enfermedades Infecciosas y Emergencia Médica.**

3) **Tratamiento que requiera ser certificado por la Aseguradora, pero que se haya llevado a cabo sin dicha certificación.**

4) **Gastos que excedan los límites de cobertura.**

5) **Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un gasto usual, acostumbrado y razonable por ese servicio en esa zona.**

6) **Toda transportación para obtener tratamiento médico a no ser Ambulancia Local (cuando proceda).**

7) **Exámenes Médicos de Rutina, excepto los que se encuentran amparados expresamente en este contrato, incluyendo vacunaciones, expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos.**

8) **Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados); los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión.**

9) **Todo tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, excepto Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente.**

10) **Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero, excepto a los que se encuentran amparados expresamente en este contrato.**

11) **Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto los que se encuentran amparados expresamente en este contrato.**

12) **Costos por aborto no espontáneo y sus consecuencias.**

13) **Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, Autismo, apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental, así como secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas.**

14) **La cirugía electiva o cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.**

15) **Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma cubiertos por este contrato. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).**

16) **Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicido, abuso del alcohol, cualquiera que sea su grado, abuso o adicción a drogas.**

17) **Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo**

18) **Tratamientos otorgados por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.**

19) **Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.**

20) **Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.**

21) **Gastos derivados de procedimientos de preservación de las células madres del cordón umbilical y la implantación o re-implantación de células vivas.**

22) **Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra, o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.**

23) **Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.**

24) **Medicina complementaria o alternativa, incluyendo la capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental incluyendo acupuntura; terapia de quelación; masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la autoridad sanitaria competente o por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.**

25) Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.

26) Todo gasto para la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia e inadecuacidad sexual.

27) Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de 32 semanas.

28) Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento para la obesidad o el control de peso, incluyendo toda forma de suplemento alimentario.

29) Cuidados podiátricos, incluyendo cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, *hallux valgus*, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.

30) Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.

31) Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.

32) Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.

33) Medicamentos de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Medicamentos por Prescripción Médica no recetados; Medicamentos por Prescripción Médica excepto como se define bajo esta Póliza.

34) Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de que transcurra el periodo de beneficio establecido en este contrato, como resultado de Enfermedades, Accidentes o Maternidades durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.

35) **Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.**

CLAUSULAS GENERALES

Contrato de Seguro
La Póliza, la Solicitud, el Examen Médico, cuando sea practicado, la Carátula de Póliza, las Condiciones Generales y los Endosos que se agreguen a este contrato, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

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

Modificaciones
Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hacen constar mediante Endosos o Cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Vigencia del Contrato
La vigencia de esta Póliza principia y termina en la fecha indicada en la Carátula de la misma.

Omisiones o Declaraciones Inexactas
Conforme a lo ordenado por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y/o los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato. **La omisión o declaración inexacta de tales hechos, faculta a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.**
La Aseguradora podrá considerar amparar el riesgo omitido o declarado inexactamente, lo cual hará constar a través de un endoso y la aplicación de una prima adicional.

Pago de Primas
El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Este contrato es anual y la prima vence al momento de la celebración del contrato. La forma de pago de la prima es de acuerdo a la periodicidad solicitada por el Contratante y que contempla como opciones: anual, semestral, trimestral o mensual.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento que la Compañía determine al

momento de la contratación y que podrá actualizarse en cada aniversario de la póliza, lo cual hará del conocimiento del Contratante.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento en el domicilio de la Compañía, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

La prima podrá ser pagada mediante cargos a una tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, conforme a la periodicidad que el Contratante haya solicitado. En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas no imputables a la Compañía, el Contratante se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o la fracción correspondiente en las oficinas de la Compañía, o bien, abonando a la cuenta bancaria que ésta le indique, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

Vencimiento del Pago
La prima o cada una de sus fracciones vencen al inicio de cada período pactado.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días del periodo de gracia la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el beneficiario, la parte faltante de la prima total anual vencida a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

Periodo de Beneficio
La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de Siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite lo que ocurra primero:

i. El agotamiento de la Suma Asegurada.
ii. El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y hasta tres días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.
iii. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

Rehabilitación
En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, la Compañía podrá rehabilitar el contrato, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

a) El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía;
b) El (los) Asegurado (s) cumpla (n) con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera;
c) Se pague la prima correspondiente al periodo pendiente de pago, que comprende desde la fecha de la cesación de los efectos hasta la fecha de rehabilitación.

Si la Compañía acepta la solicitud de rehabilitación del contrato, respetará la antigüedad de cada Asegurado, siempre y cuando se haya cubierto la prima de cada uno de ellos.

No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez

después de 10 días de la fecha de Rehabilitación, o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza.

Renovación

Este Contrato se considerará renovado, por periodo de un año, si dentro de los últimos 20 días de vigencia de cada periodo, el Contratante o la Compañía no dan aviso por escrito a la otra parte, de su voluntad de no renovarlo.

La Renovación otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

a. Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.

b. Los Periodos de Espera no serán modificados en perjuicio de los Asegurados.

c. Las edades límite no serán modificadas en perjuicio de los Asegurados

La Renovación será con condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas.

Así mismo, en cada renovación se actualizará la Prima, conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo con la inflación médica anual, edad alcanzada de los Asegurados y su sexo, así mismo se podrán actualizar los montos de Deducible y Suma Asegurada.

La Compañía se obliga a informar al Contratante o al Asegurado, con al menos 30 días hábiles de anticipación a la Renovación, las primas, deducible y suma asegurada que se aplicarán a la nueva vigencia.

Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía:

- Al término de la vigencia de este contrato,
- Por falta de pago de primas de acuerdo a la cláusula Vencimiento de Pago

No obstante lo anterior, el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este contrato mediante notificación escrita dirigida a la Compañía.

En este caso, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, manifestará la forma en que desea le sea devuelta la cantidad correspondiente, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica, para este caso, deberá incluir en el mismo documento el número de CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) y la Institución Bancaria en donde mantiene su cuenta. La Compañía realizará el pago a que se refiere este párrafo dentro de los 10 días hábiles siguientes en que reciba la solicitud. En caso de que no indique la forma en que desea le sea realizada la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.

Coordinación de Beneficios

En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones podrán ser hechas primeramente contra la otra póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza

hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza, serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a lo estipulado en este contrato.

Subrogación de derechos
La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con la Compañía para conseguir la recuperación del daño. La falta de cumplimiento de las obligaciones señaladas en esta Cláusula, así como si por hechos u omisiones del (los) Asegurado (s) se impide la subrogación, La Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

Interés Moratorio
Si la Compañía no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Movimiento de asegurados: altas de nuevos asegurados
Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición Dependiente puede ser incluida en esta Póliza, mediante la solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía.

Si el cónyuge, concubina (o) o conviviente del Titular de la Póliza es considerado como Dependiente de éste y esta asegurada bajo esta Póliza, sus hijos nacidos durante de la vigencia de la Póliza estarán incluidos desde la fecha de su nacimiento sin requisitos de salud y hasta el límite específico indicado bajo la sección de Cuidado Neonatal, siempre y cuando la Maternidad haya sido cubierta por esta Póliza y que sea presentada la solicitud de alta por escrito dentro de los treinta días siguientes a la fecha de su nacimiento.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar a cualquier Dependiente, en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de alta respectiva.

Movimiento de asegurados: bajas de asegurados
Causará baja de la cobertura de esta Póliza cualquier Asegurado que fallezca ó:

i. Siendo cónyuge o concubina (o) o conviviente, se separe legalmente del Titular de la Póliza.
ii. Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla treinta años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de ser dependiente económico del Titular de la Póliza.
iii. Cuando cualquiera de los Asegurados llegue a la Edad de cancelación del seguro.
iv. Cuando cualquiera de los Asegurados se convierte en residente de los Estados Unidos o reside en los Estados Unidos durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días, a no ser un Dependiente menor de 24 años que estudie a tiempo completo en los Estados Unidos.

El Contratante se obliga a comunicar por escrito la baja del Asegurado en forma inmediata a la Compañía.

Los Asegurados que causaron baja, podrán contratar otra Póliza a su nombre, en el mismo plan, siempre que su Edad esté comprendida dentro de los límites de admisión. En este caso, la solicitud

se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos Asegurados.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se pagará a la Compañía la prima convenida para el periodo en curso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, la Compañía devolverá al Contratante la prima pagada no devengada previa disminución del costo de adquisición, sin incluir derechos de Póliza, correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún Siniestro para el mismo, lo anterior de conformidad con lo estipulado en la cláusula **Terminación del contrato**.

Trámite de reclamaciones
Es obligación del Contratante, Asegurado o reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días siguientes a la fecha de cualquier Accidente o Emergencia que pueda ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicho aviso tan pronto desaparezca el impedimento. En el caso de Enfermedad, el Contratante, Asegurado o reclamante deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo. La falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del treinta (30%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a lo establecido en este contrato.

En toda Reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, de conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El reclamante deberá presentar a la Compañía, dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del suceso las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, requisitadas por cada uno de los Médicos que intervinieron, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, y en la moneda nacional en que fueron facturados, y cualquier otro documento que la Compañía juzgue necesario para la apreciación de la Reclamación. **La Aseguradora quedará desligada de todas las obligaciones, si el Contratante, Asegurado o beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que la Aseguradora compruebe oportunamente las circunstancias del siniestro.**

El beneficio de Maternidad es pagadero después del parto.

Los Asegurados dentro de la presente Póliza, están en libertad de escoger los Hospitales o Sanatorios y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta; en el entendido que los costos que asume la Compañía serán los consignados en la Carátula de la Póliza.

Cuando el Asegurado haga uso de servicios médicos fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal, los beneficios pagaderos resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento, excepto cuando se trate de Tratamiento Médico de Emergencia

La Compañía sólo pagará los honorarios de enfermeras y Médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que no sean parientes directos del Asegurado.

La Compañía sólo pagará los gastos de internación efectuados en Sanatorios y Hospitales privados, no se efectuará por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquier otros semejantes en donde no se exija contraprestación.

La Compañía podrá nombrar un médico especialista en la materia, quien tendrá a su cargo la verificación de la Enfermedad o lesiones y la procedencia de los honorarios y gastos realizados. En caso necesario o de duda para la comprobación del diagnóstico, los Asegurados autorizan a todos los Hospitales y a todos los Médicos que los hubieren tratado, para dar información a la Compañía o persona designada por ésta, y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma. Si el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho al pago correspondiente.

La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesarios durante la tramitación de la reclamación. La Aseguradora tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Aseguradora.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora.

Pago de reclamaciones

Pago Directo
Cuando el Asegurado elige ibremente a los prestadores de los servicios médicos pertenecientes a la Red de Proveedores Plan Ideal, la Compañía pagará directamente los honorarios correspondientes a dichos prestadores, de acuerdo a lo estipulado en este contrato de seguro.

Pago Vía Reembolso
Cuando el Asegurado no se haya atendido con los prestadores de la Red de Proveedores Plan Ideal, los gastos generados que resulten procedentes, dentro del límite de los tabuladores de honorarios médicos establecidos para los procedimientos médicos y quirúrgicos, en términos de estas Condiciones Generales se pagarán, en las oficinas de la Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

El pago de los gastos médicos serán indeminzados al Contratante o a cualquiera de los Asegurados que acredite haber hecho el pago de los gastos, siempre que sea mayor de edad. La Aseguradora le devolverá al Contratante o Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora y/o de acuerdo con los gastos usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que exceda de esa cantidad.

Cuando el Asegurado que realizó el pago de los gastos médicos fallezca antes de que la Compañía le haya hecho la indemnización, el pago se realizará a la sucesión de dicho Asegurado.

La Compañía realizará el pago de la reclamación que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, a través del medio elegido por el Asegurado.

Moneda
Todas las obligaciones de pago de este contrato de seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado o por parte de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional (pesos mexicanos). En caso de que la Póliza sea contratada en moneda extranjera, la indemnización que proceda se efectuará al tipo de cambio publicado por el Banco de México del día en que se realice el pago, en los términos de la Ley Monetaria vigente.

Elegibilidad
Para efectos de este seguro, serán elegibles para la cobertura las personas residentes de la República Mexicana que se encuentren entre las edades de aceptación.

Los solicitantes de 65 años o más podrán ser aceptados por la Aseguradora siempre y cuando se realicen un Examen Médico y se requisite el formulario médico de la Aseguradora.

Edades de Aceptación
Para efectos de este seguro, se considera como edad del Asegurado, los años cumplidos que tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

La edad declarada por el Asegurado podrá comprobarse fehacientemente, una sola vez, cuando así lo considere conveniente la Compañía.

Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hará la anotación en la póliza o extenderá un comprobante y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Las edades de admisión para cada una de las coberturas son las siguientes:

	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación
Asegurado Titular y Cónyuge	18 años	70 años	Sin límite de edad
Hijo dependiente	Recien nacido	30 años si es soltero y si reside en México con el Asegurado Titular 24 años si estudia en el extranjero	31 años si reside en México 25 años si estudia en el extranjero

De acuerdo con el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por ésta, pero en este caso se devolverá la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, 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 en la fecha de celebración del contrato;
II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
IV. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, 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.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros 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, 65 y 68 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 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, según corresponda, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

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, quedará a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Acuerdo de Arbitraje Médico
El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un médico independiente, con especialidad en el área de medicina a la que le corresponde tratar la enfermedad preexistente, quien fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, determine si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de un padecimiento preexistente. 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 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 el árbitro designado, de acuerdo al procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Notificaciones
Toda notificación que se realice a la Compañía deberá dirigirse por escrito al domicilio señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir notificaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios, se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía, en este caso se tendrá por realizada la notificación correctamente y surtirá todos sus efectos legales.

Conforme al ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, el Contratante, Asegurado e incluso los beneficiarios deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en el momento en que ésta se los requiera.

Prescripción
Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en dos años, de conformidad a lo estipulado en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpe no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

Agravación Esencial del Riesgo

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

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

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:
I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro." **(Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)**.

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

Las obligaciones de 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 le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Con independencia de lo anterior, en caso de que, en el presente 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 de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, 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 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 lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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 de Seguro 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.

Notificación de Comisiones
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 personal 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.

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO
Los artículos citados en las presentes condiciones generales, pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS
http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO
http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCEROS
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/64.pdf

CODIGO PENAL FEDERAL
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm

THONA SEGUROS, S.A. DE C.V.
Unidad Especializada de Atención a Clientes
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 22. Col: San José Insurgentes, Alc: Benito Juárez. C.P. 03900. CDMX. México.
Teléfono: (55) 44338900 Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx
Horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas, viernes de 9:00 a 12:30 horas.

COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México
Teléfono: (55) 53400999 o 01 (800) 999 8080

Página internet: www.condusef.gob.mx
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Este contrato de seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en al artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 13 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0120-0170-2022/CONDUSEF-005314-03.

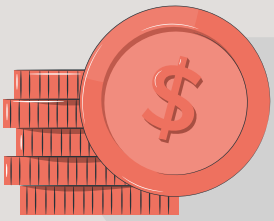
THONA SEGUROS
TU PROTECCIÓN, NUESTRA PASIÓN

FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro y evitarás imprevistos de último momento para estar mejor protegido.

Como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

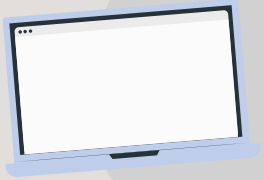
Solicitar al agente, intermediario o persona moral con el que se esté llevando a cabo la contratación, se identifique con la cédula o certificado que le emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).



Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que ofrece el seguro.
Dicha información se deberá entregar por escrito o a través de correo electrónico en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a su solicitud.

Recibir la información y documentación que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Solicitar que te sea entregado y explicado el aviso de privacidad que la aseguradora tiene establecido.



Ejercer tus derechos ARCO, para lo cual puedes llenar el formulario que se encuentra en la página www.thonaseguros.mx y enviarlo por mail a atencionaclientes@thonaseguros.mx

Si el asegurado ha sido sometido a un exámen médico para la contratación del seguro, la Aseguradora no podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relacionado al tipo de exámen que se le haya practicado.

EN CASO DE SINIESTRO TIENE DERECHO 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 periodo de gracia para el pago de la misma.

Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora en caso de falta de pago oportuno de la suma asegurada.

En caso de inconformidad, podrás presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) de la Aseguradora; o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presentaste tu reclamación ante la CONDUSEF podrás solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF, si las partes no se sometieron al arbitraje.

No dudes en contactarnos de cualquier parte de la República Mexicana al número telefónico 800 088 4662 o bien al correo electrónico **atencionaclientes@thonaseguros.mx**

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Usuario, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1605, piso 22. Col: San José Insurgentes, Alc: Benito Juárez. C.P. 03900. CDMX. México. Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx con un horario de atención de lunes a jueves de 9:00hrs a 18:00hrs y viernes de 9:00hrs a 14:30 hrs.

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 11 de Junio de 2019 , con el número CGEN-S0120-0027-2019/G-01091-001.