

GMM Seguro Colectivo

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al

01 800 201 6764

en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro

Centro de Atención Telefónica

01 800 837 1133

de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx



CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES

OBJETO DEL SEGURO	5
DEFINICIONES	5
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	9
COBERTURAS	9
COBERTURAS OPCIONALES	13
ASISTENCIAS OPCIONALES	18
COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA	20
EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS	23
GENERALIDADES	27

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS BANORTE, denominada en adelante como “SEGUROS BANORTE” o “La Compañía”, cubrirá los gastos médicos originados por enfermedad o accidente que ocurran dentro de la vigencia de la póliza de acuerdo a las presentes Condiciones Generales y hasta el límite de suma asegurada convenido, aplicando el deducible y el coaseguro correspondiente para el Asegurado y sus Dependientes.

DEFINICIONES

1. **Contratante:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro, para los miembros de la colectividad y sus dependientes económicos.
2. **Colectividad Asegurable:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
3. **Asegurado:** Miembro de la colectividad y sus dependientes económicos, que cumplan con los requisitos de elegibilidad, establecidos en la póliza.
4. **Dependientes:** Serán consideradas las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.
 - a. Su cónyuge.
 - b. Sus hijos solteros, que tengan hasta 24 años de edad cumplidos y que no tengan ingresos por trabajo personal.
5. **Certificado:** Documento que la compañía expide de manera individual para notificar al asegurado las condiciones de cobertura de la póliza de la cual forma parte, mismo que puede solicitar al contratante o a la compañía si así lo desea.
6. **Costo de adquisición:** Es el porcentaje de la prima, que por concepto

de comisión o compensación corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

7. **Hospital:** Institución privada legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
8. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser: médico general o médico especialista.
9. **Ayudante:** Médico que asiste durante el desarrollo de una operación quirúrgica, siempre y cuando dicho asistente sea médicamente necesario para tal operación.
10. **Perito Médico:** Médico asignado por la Compañía que emite un juicio relacionado con una enfermedad o accidente.
11. **Honorarios Médicos:** Pago que obtiene el médico por los servicios que presta a los asegurados de acuerdo con el catálogo contratado.
12. **Catálogo de Honorarios Médicos:** Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía.
13. **Enfermera:** Persona que ejerce la enfermería, con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión.
14. **Cuadro de especificaciones:** Documento en el cual se estipulan las coberturas amparadas y límites específicos a que tiene derecho el asegurado de acuerdo al plan contratado.
15. **Accidente:** Se considerará accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del mismo. **No se considerará como accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

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

Son materia de esta póliza los **accidentes** que ameriten tratamiento

médico o quirúrgico, que ocurran desde el inicio y durante la vigencia de la póliza (**no se aplica período de espera**), siempre que la atención médica sea recibida en los primeros 90 días a partir de la fecha de ocurrido el evento y que no se encuentren consignados en la cláusula de Exclusiones de estas Condiciones Generales

16. **Enfermedad:** Conjunto de alteraciones morfológico estructurales y/o funcionales de un organismo. **No se considerará como enfermedad las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

17. **Emergencia Médica:** Toda alteración súbita que ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra estabilizado.
18. **Hospitalización:** Toda estancia continua en el hospital mayor a 24 horas.
19. **Enfermedad Congénita:** Es aquella que está presente al momento del nacimiento o que se contrae en el seno del útero materno.
20. **Signo:** Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una explicación médica.
21. **Síntoma:** Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).
22. **Cobertura de Ambulancia Aérea:** Si como consecuencia de una emergencia médica por una enfermedad o accidente cubierto en la póliza, el Asegurado afectado requiere de transportación aérea en territorio nacional para su tratamiento, la Compañía dará la cobertura por este concepto, siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos, ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y dicho traslado sea autorizado tanto por el médico tratante como por el médico designado por la Compañía.

El asegurado o dependiente podrá contratar de manera directa con terceros que proporcionen los servicios de ambulancia aérea, únicamente cuando el afectado de la emergencia médica se encuentre fuera de la población de su residencia permanente, que en dicho lugar no haya médico de la red de la Compañía y no pueda obtener la autorización a que se refiere el párrafo anterior. Para este caso la Compañía pagará dicho concepto de acuerdo a lo indicado en el cuadro de especificaciones para el tipo de proveedor y zona en donde se prestó el servicio. La Compañía cubrirá los gastos vía reembolso y no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones del mismo.

Para esta cobertura aplica el deducible mencionado en la carátula de la póliza y un Coaseguro del 20%.

23. **Deducible:** Cantidad establecida en la póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente.
24. **Coaseguro:** Porcentaje establecido en la carátula de la póliza como participación del Asegurado, que se aplicará a los gastos cubiertos en exceso del deducible.
25. **Suma Asegurada:** Es el beneficio máximo a cargo de la Compañía, convenida para cada cobertura amparada y aplicable por Enfermedad o Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. Establecida en la carátula de póliza.
26. **Beneficio Máximo:** Es el límite de responsabilidad de La Compañía (Suma Asegurada), menos la aplicación del deducible y coaseguro por cada enfermedad o accidente cubierto, quedando fija a partir de que se hace el primer gasto de cada padecimiento.
27. **Agravación del Riesgo:** *Es cuando por algún cambio de actividad u ocupación se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.*
28. **Período de Beneficio:** Hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, contando a partir de la fecha de erogación del primer gasto médico, por cada enfermedad o accidente cubierto, siempre y cuando estos gastos ocurran durante la vigencia de la póliza. Se considerará que los gastos médicos ocurren en la fecha en que se recibe el servicio médico correspondiente o en la que se efectúa un gasto relacionado

con la enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

29. **Cobertura sin Límite de Edad:** Se entenderá por cobertura sin límite de edad, la protección que tenga el Asegurado en el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sin límite alguno en el número de sus renovaciones, siempre que dicho plan sea contratado antes de los 69 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación.
30. **Pago directo:** Es un servicio en beneficio del asegurado, mediante el cual La Compañía liquidará directamente al prestador de servicios médicos, los gastos que por motivo de enfermedad y/o accidente cubiertos por este contrato erogue el asegurado.
31. **Prima neta:** Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza, especificado en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos en que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana por servicios, material y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubiertos que cuenten con un diagnóstico establecido y estudios que lo amparen. Los gastos deben ser por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento y con sujeción a los montos establecidos en el cuadro de especificaciones que forma parte integrante de la póliza.

COBERTURAS

- I. **Honorarios Quirúrgicos:** La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos y ayudantes, siempre que no sean familiares del Asegurado y hasta el límite establecido en el cuadro de especificaciones; pudiendo ser sobre la base de un catálogo.
- II. **Honorarios por Consultas Médicas:** En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo a los límites establecidos en el cuadro de especificaciones de la póliza. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias (intrahospitalarias)

se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

- III. **Honorarios Anestesiólogo:** Se cubrirán los honorarios hasta el límite señalado en el cuadro de especificaciones o el porcentaje de los honorarios reconocidos para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más operaciones cubiertas por la póliza, utilizando la(s) misma(s) vías de abordaje, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas no esté incluida dentro de las condiciones de la póliza, se pagará únicamente la que esté cubierta descontando los gastos hospitalarios de la no relacionada con las coberturas de la póliza.

Si el mismo cirujano realizara otra intervención al asegurado en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existan dos incisiones dentro de una misma sesión, en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados como límite para dicha cirugía. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el tratamiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios a éste serán cubiertos de acuerdo al porcentaje marcado para dicho procedimiento (al 100% del límite establecido para este concepto.)

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la póliza.

- IV. **Honorarios a Enfermera:** Se cubrirán los honorarios de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones.
- V. **Habitación Hospital:** Se cubrirán de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones. Incluye alimentos del paciente y cama

extra para un acompañante.

- VI. **Gastos de Sala de Operaciones de Curaciones y de Recuperación.**
- VII. **Servicio de Diagnóstico:** Exámenes de laboratorio y/o gabinete, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., que sean indispensables para el diagnóstico de accidentes o enfermedades cubiertos.
- VIII. **Medicamentos:** Los adquiridos dentro y/o fuera del hospital necesarios para el tratamiento de accidentes o enfermedades cubiertos y que hayan sido prescritos por el médico tratante. Deberá anexarse la receta con la prescripción completa de los medicamentos.
- IX. **Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.**
- X. **Consumo de Oxígeno:** Gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital.
- XI. **Servicio de Ambulancia Terrestre:** Se cubrirá el servicio de ambulancia terrestre en la localidad, hacia o desde el hospital siempre que se encuentre justificado dicho traslado.
- XII. **Aparatos Ortopédicos:** Se cubrirá la compra o renta de aparatos ortopédicos, entendiéndose como tales: silla de ruedas, muletas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria, con los límites establecidos en el cuadro de especificaciones.
- XIII. **Prótesis:** Se cubrirán prótesis ortopédicas, mamarias, valvulares, dispositivos cardiacos y auditivos, que se requieran a causa de enfermedad o accidente cubiertos por la póliza hasta por el límite que se señala en el cuadro de especificaciones. Se encuentra fuera de esta cobertura la reposición de estas.
- XIV. **Tratamiento de diálisis.**
- XV. **Servicios de Terapia:** Física, radioactiva, quimioterapia y fisioterapia.
- XVI. **Gastos por Donación de Órganos:** Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o

enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante hasta el límite que se señala en el cuadro de especificaciones. No se aplicará deducible ni coaseguro.

XVII. Renta por Hospitalización en un Centro de Asistencia Social:

Si el Asegurado titular se viera en la necesidad de hospitalizarse en un centro de asistencia médica de seguridad social ya sea por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía le cubrirá el monto correspondiente a los días que permaneció recluso en el centro hospitalario de acuerdo al límite diario que se señala en el cuadro de especificaciones. Para este caso se entenderá como centro hospitalario de seguridad social aquellos como el IMSS, ISSSTE, así también se consideran dentro de esta cobertura los centros de asistencia social, aquel establecimiento de caridad, beneficencia o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

XVIII. Reinstalación Automática: La suma asegurada básica para cada Asegurado se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad cubiertos llegase a disminuir o a agotarse la misma, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades, hasta por otro tanto de la suma asegurada básica contratada.

XIX. Deportes Peligrosos: La práctica ocasional y vacacional de cualquier deporte. Opera únicamente cuando no haya culpa grave o negligencia por parte del asegurado, **quedando excluido si el asegurado estuviese bajo la influencia y/o intoxicado por algún enervante o bebida alcohólica. En todos los casos se aplicará coaseguro y deducible contratado.**

XX. Franja Fronteriza: Quedan cubiertos los gastos erogados en la Franja Fronteriza, entendiéndose como ésta a la extensión territorial de 20 Km. a partir de la Frontera Mexicana. A las reclamaciones procedentes bajo esta cobertura se les aplicará el doble de deducible indicado en la carátula de la póliza y el máximo entre el coaseguro del 20% y el coaseguro contratado. Esta cobertura solo aplica para las personas que viven y residen en la Franja Fronteriza Mexicana.

XXI. Reconocimiento de Antigüedad: Esta cobertura aplicará en caso de que el Contratante y/o Asegurados acrediten haber estado cubiertos ininterrumpidamente con otras Compañías Aseguradoras en el ramo de Gastos Médicos Mayores hasta el momento de contratación con Seguros Banorte, por lo que con esta cobertura se reducen o eliminan

los periodos de espera para los padecimientos que se señalan en las Condiciones Generales de la Póliza como coberturas sujetas a un periodo de espera.

COBERTURAS OPCIONALES

A. Preexistencia con Periodo de Espera: Esta cobertura cubre los padecimientos preexistentes. Para efectos del presente seguro se entenderá como padecimientos preexistentes aquellos cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta de cada asegurado de la póliza. Estos padecimientos se cubrirán después de dos años de cobertura continua del seguro, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el periodo de espera mencionado anteriormente. Para esta cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad.

B. Parto Normal: La Aseguradora cubrirá los gastos de la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular que estén relacionados directamente con el evento del parto normal hasta el límite de Suma Asegurada establecido para esta cobertura en el Cuadro de Especificaciones.

Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del titular que tengan más de 10 meses continuos asegurados en la Compañía. No aplicará deducible, ni coaseguro.

C. Cesárea: La Aseguradora cubrirá los gastos de la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular que estén relacionados directamente con el evento de cesárea hasta el límite de Suma Asegurada establecido para esta cobertura en el Cuadro de Especificaciones.

Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del titular que tengan más de 10 meses continuos asegurados en la Compañía. Aplica deducible y coaseguro de acuerdo a lo indicado en el cuadro de especificaciones.

D. Trastornos Visuales: Quedan amparados los tratamientos quirúrgicos de los defectos de refracción siempre que exista un defecto mayor

de 5 dioptrías para cada defecto y por cada ojo, por medio de la corrección refractiva "Eximer Lasser". Para proceder a la autorización de estos tratamientos será necesaria una segunda opinión con un médico de la red de la Compañía. Esta cobertura tiene un periodo de espera de un año. La Suma Asegurada está indicada en el cuadro de especificaciones. No aplicará deducible, ni coaseguro.

- E. **Lente Intraocular:** Queda amparado el costo del Lente Intraocular por los padecimientos de cataratas, para esta cobertura solo aplica el pago vía reembolso y hospitales de red, teniendo un periodo de espera de un año. La Suma Asegurada está indicada en el cuadro de especificaciones. No aplicará deducible, ni coaseguro.
- F. **Legrado:** Se cubrirán legrados siempre y cuando sean a consecuencia de un embarazo anembrionario, embarazo molar o hiperplasia endometrial y deberán ser tramitados por reembolso, acompañados del estudio histopatológico que justifique estas condiciones.

Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del Titular que tengan más de 10 meses continuos aseguradas en la Compañía en la póliza de Gastos Médicos Mayores, la Suma Asegurada será la indicada en el cuadro de especificaciones vigente al inicio de la gestación. No aplicará deducible, ni coaseguro.

- G. **Enfermedades Catastróficas:** De acuerdo a esta cobertura se establece aplicar el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos al 200% del Catálogo contratado. Los padecimientos de esta cobertura serán tramitados por reembolso. Se aplicará deducible y coaseguro aún en caso de utilizar médicos de red.

Los padecimientos que aplican para esta cobertura son:

- Cáncer (excluido cáncer de piel).
- Enfermedad Cerebro-Vascular.
- Enfermedad de las coronarias que requieran cirugía (operación de tórax abierto), **quedarán excluidos para esta cobertura los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia, el stent, la trombólisis.**
- Trasplante de corazón, hígado, médula ósea o pulmón.

- H. **Terapia Psicológica o Psiquiátrica:** Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio del médico tratante

y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un psicólogo o psiquiatra, requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico a consecuencia de:

- a. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales: **Cáncer, Accidente vascular cerebral, Infarto al miocardio, Insuficiencia renal.**
- b. Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia del seguro, cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro, violación.

En esta cobertura se amparan los honorarios del psicólogo o psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año, además de los medicamentos que sean necesarios para el tratamiento durante este periodo a partir de la fecha de la primera consulta.

Las exclusiones para esta cobertura son:

Honorarios del psiquiatra o psicólogo y los medicamentos que prescriban cuando estos profesionistas no formen parte de la Red Médica de La Compañía y no cuenten con acreditación de la especialidad de psiquiatría o psicología o carezcan de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría o Psicología.

- I. **Cobertura de Emergencia en el Extranjero:** Esta cláusula cubre a todos aquellos Asegurados que mientras se encuentren viajando fuera de la República Mexicana por un periodo no mayor a tres meses y requieran de tratamiento médico de emergencia, entendiéndose como tal, toda alteración súbita que se origine en el extranjero y ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. **La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra estabilizado y pueda continuar el tratamiento en su lugar de origen, hasta la suma asegurada indicada en el cuadro de especificaciones.**
- J. **Cobertura Total en el Extranjero:** Los gastos erogados fuera de la República Mexicana por las enfermedades o accidentes cubiertos

en la póliza, que hayan tenido tratamiento médico o quirúrgico, se cubrirán de acuerdo a los límites señalados para esta cobertura en el cuadro de especificaciones. Siempre y cuando la persona radique en Territorio Nacional.

- K. Cobertura de Reconocimiento de Enfermedades Preexistentes:** A través de este beneficio se cubrirán los gastos médicos de todos aquellos asegurados cuya sintomatología de su padecimiento se haya iniciado en fechas anteriores al inicio de vigencia de este Contrato, pero cuyos primeros gastos erogados por la atención médica se efectúen durante el periodo de cobertura del presente Contrato, de esta forma la colectividad asegurada queda protegida en la transferencia de su cobertura. Se cubre de acuerdo al cuadro de especificaciones.

Esta cobertura es aplicable únicamente a los asegurados que se encuentren en los registros oficiales de la compañía procedente.

Este beneficio no cancela padecimientos expresamente señalados en el apartado de Exclusiones y Limitaciones.

- L. Cobertura de Visión:** La Compañía a través del Prestador de Servicios de Visión que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones y de acuerdo al tipo de plan ahí especificado.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la cobertura donde se informe al asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios de Visión así como, deducible en caso de aplicar, beneficios, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Los Gastos Médicos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a la prescripción de anteojos completos o lentes de contacto derivado de una patología de la visión a consecuencia de un padecimiento diagnosticado por un oftalmólogo.

Para hacer uso de los servicios el asegurado deberá comunicarse al (CAT - 01 800 201 6764) Centro de Atención Telefónica de La Compañía y al momento de la atención será necesario presentar su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores que Seguros Banorte le entregó, acompañada de una identificación oficial con fotografía.

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al cliente y que será una guía para el uso de esta cobertura.

- M. Cobertura Dental:** La Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones y de acuerdo al tipo de plan ahí especificado.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la cobertura donde se informe al asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios Dentales como, deducible en caso de aplicar, copagos, beneficios y límites de acuerdo al plan contratado así como exclusiones y teléfonos de contacto.

Los Gastos Médicos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental a consecuencia de caries, procedimientos quirúrgicos menores, procedimientos quirúrgicos complejos, endodoncias, perodoncias.

Para hacer uso de los servicios el asegurado deberá comunicarse al (CAT - 01 800 201 6764) Centro de Atención Telefónica de La Compañía y al momento de la atención será necesario presentar su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores que Seguros Banorte le entregó, acompañada de una identificación oficial con fotografía.

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al cliente y que será una guía para el uso de esta cobertura.

ASISTENCIAS OPCIONALES**SERVICIOS DE ASISTENCIA**

La Compañía a través del Prestador de Servicios que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la asistencia(s) donde se informe al asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios así como, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Los gastos derivados por este beneficio serán exclusivamente los relacionados con los servicios asistenciales cubiertos por el Prestador que se tenga contratado al momento de la reclamación.

Servicios de Asistencia: Son los servicios Asistenciales que otorga el Prestador del Servicio indicados a continuación.

Asistencia Médica

1. Traslado Médico Terrestre
2. Ambulancia Aérea en caso de emergencia
3. Consultoría Médica Telefónica
4. Médico y/o Medicamentos a Domicilio

Asistencia en Viajes Nacionales

1. Información Previa a un Viaje
2. Transmisión de Mensajes Urgentes
3. Búsqueda y Transporte de Equipaje y Objetos Personales
4. Gastos de Hotel por Convalecencia
5. Transportación de un Familiar por Convalecencia
6. Traslado de Cuerpo en Caso de Fallecimiento
7. Gastos Dentales

Asistencia en Viajes Internacionales

1. Información Previa a un Viaje
2. Transmisión de Mensajes Urgentes
3. Búsqueda y Transporte de Equipaje y Objetos Personales
4. Gastos de Hotel por Convalecencia
5. Transportación de un Familiar por Convalecencia
6. Repatriación en Caso de Fallecimiento

7. Gastos Dentales
8. Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad
9. Asesoría Administrativa/Información de Trámites

Asistencia Nutricional

1. Orientación Nutricional Telefónica
2. Red de Descuentos
3. Referencias Nutricionales
4. Tips de Nutrición por e-mail

Asistencia Funeraria**EXCLUSIONES**

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al cliente y que será una guía para el uso de esta cobertura.

ASISTENCIA EJECUTIVA EN EL EXTRANJERO (Houston, Texas. USA)

La Compañía a través del Prestador de Servicios que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar los servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones.

Esta asistencia es un Programa de Atención Médica en el Extranjero (Houston, Texas USA) donde el prestador del Servicio guía al paciente (asegurado) en la selección de la alternativa más apropiada para su necesidad médica y hace todos los arreglos, tales como la programación de citas, estudios, tratamientos y/o cirugías. El prestador asesora al paciente (Asegurado) y su familia y actúa como su facilitador para tratar de asegurar que solo se reciba la atención más atenta y personalizada de parte de los proveedores médicos y durante su estancia en el Extranjero.

El asegurado para hacer uso de esta asistencia deberá comunicarse al (CAT - 01 800 201 6764) Centro de Atención Telefónica de La Compañía.

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al cliente y que será una guía para el uso de esta cobertura.

COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA

- A. **Enfermedades:** Quedarán cubiertas bajo esta póliza las enfermedades que se manifiesten cuando menos treinta días después del inicio de vigencia, rehabilitación o alta de un Asegurado a la póliza y que no se encuentren consignadas en la cláusula de Exclusiones. Aplica reconocimiento de antigüedad.

En caso de renovaciones y de las siguientes emergencias médicas (siempre que no deriven de una enfermedad preexistente) este período no es aplicable.

- a. Apendicitis Aguda
- b. Intoxicación Alimentaria
- c. Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso
- d. Golpe de calor (insolación)
- e. Infarto agudo al miocardio
- f. Derrame cerebral
- g. Infarto Pulmonar
- h. Politraumatismo
- i. Choque anafiláctico
- j. Quiste hemorrágico de ovario
- k. Oclusión intestinal
- l. Pancreatitis
- m. Evento vascular cerebral

- B. **Complicaciones del Embarazo y del Parto:** El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre para la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del titular después de **diez meses de antigüedad de la Asegurada afectada en la Compañía**, los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, con el límite establecido en el cuadro de especificaciones:

- a. Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.
- b. Los estados de fiebre puerperal.
- c. Los estados de preclampsia y toxicosis gravídica.
- d. Mola Hidatiforme.
- e. Embarazo anembrionario.
- f. Placenta previa.
- g. Atonía uterina.
- h. Eclampsia
- i. Óbito

- C. **Prematurez:** El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre los gastos de nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de **diez meses de haberse dado de alta la madre** (titular, cónyuge o hija asegurada). Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en el cuadro de especificaciones, aplicando el deducible y coaseguro estipulados. Se establece como única Suma Asegurada para el caso de productos múltiples.
- D. **Circuncisión:** El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre los gastos derivados por circuncisión o sus complicaciones, siempre que se demuestre, con una patología, que existe la necesidad de practicarla y no sea de carácter preventivo, para los asegurados que cuenten con al menos **doce meses de cobertura continua en la póliza de gastos médicos mayores de esta compañía. En todos los casos deberá someterse a una segunda opinión con un médico de la red.**
- E. Las enfermedades que se enlistan a continuación, serán cubiertas por la Compañía, una vez transcurrido el periodo de espera que para cada una de ellas se indique, **siempre y cuando no sean preexistentes.**

Por **periodo de espera** se entenderá el lapso de tiempo existente entre la celebración del contrato y la fecha establecida para cada padecimiento o enfermedad, lapso en el cual dicho padecimiento o enfermedad no será parte del riesgo asumido por la Compañía.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
1. Ginecológicos.	10 meses
2. Litotripsias de vías urinarias, siendo el límite del tratamiento el señalado en el cuadro de especificaciones.	12 meses
3.- Tratamiento médico o quirúrgico de vesícula y vías biliares.	12 meses
4.- Tratamiento médico o quirúrgico de rodilla.	12 meses
5. Cirugías del piso perineal.	12 meses
6. Tumoraciones mamarias.	12 meses
7. Padecimientos anorectales.	12 meses

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
8. <i>Hernias y eventraciones cualesquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal y la de disco).</i>	12 meses
9. <i>Tratamiento médico quirúrgico de amígdalas y adenoides.</i>	12 meses
10. <i>Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.</i>	12 meses
11. <i>Tratamiento médico o quirúrgico de nariz o senos paranasales, cualquiera que sea su causa, salvo cuando se trate de accidentes.</i>	12 meses
12. <i>Padecimientos congénitos:</i> - <i>Asegurados nacidos durante la vigencia del seguro y dados de alta dentro de los treinta días posteriores al nacimiento.</i> - <i>Asegurados no nacidos durante la vigencia de la póliza siempre y cuando la primera manifestación sea después de los cinco años de edad. Para efectos del presente seguro la primera manifestación será cuando la enfermedad sea diagnosticada por primera vez por un médico, o cuando es aparente a la vista, o cuando los síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.</i>	12 meses Titular o Cónyuge.
13. <i>Trastornos Visuales. Se cubre de acuerdo al cuadro de especificaciones.</i>	12 meses
14. <i>Lente Intraocular. Se cubre de acuerdo al cuadro de especificaciones.</i>	12 meses
15. <i>Circuncisión.</i>	12 meses
16. <i>Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus. Se cubre de acuerdo al cuadro de especificaciones.</i>	12 meses
17. <i>Tratamiento médico o quirúrgico para corregir hallus valgus (juanetes). Se cubre de acuerdo al cuadro de especificaciones.</i>	12 meses
18. <i>Xifosis, Lordosis y Escoliosis: se cubrirán los gastos derivados de estas deformidades. Para este padecimiento no aplica el reconocimiento de antigüedad.</i>	2 años

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
19. <i>Preexistencia con periodo de espera. Para este padecimiento no aplica el reconocimiento de antigüedad.</i>	2 años
20. <i>Gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La condición será cubierta siempre que el contagio se realice durante el periodo de espera. Para este padecimiento no aplica el reconocimiento de antigüedad.</i>	4 años

EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS

1. No se cubrirán los gastos incurridos a consecuencia de:
 - a. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:
 - Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
 - Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
 - Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
 - b. Enfermedades congénitas y prematurez, salvo lo mencionado en la cláusula C y E-12 de los gastos cubiertos sujetos a un periodo de espera. No procederán cuando son originados por alcoholismo,

- drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.
- c. Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa, excepto cuando resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.
 - d. Reducción mamaria de origen estético y Gigantomastia, en este último caso, a menos que se acompañe de dictamen de un médico especialista en el que determine que existe una afectación de columna por tal efecto.
 - e. Tratamiento médico quirúrgico de calvicie, obesidad, esterilidad y reducción de peso así como sus consecuencias. Aún cuando formen parte del tratamiento de una enfermedad cubierta.
 - f. Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.
 - g. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.
 - h. La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos y todo tipo de equipo de rehabilitación como muletas, silla de rueda manual o eléctrica, cama tipo hospital o aparatos similares. Así también se excluyen la compra de aparatos de uso ambulatorio (extrahospitalario) para la aplicación de medicamentos.
 - i. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento, para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.
 - j. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos (salvo que se haya contratado la Cobertura Opcional de Terapia Psicológica o Psiquiátrica), trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, demencia presenil, senil o precoz, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje de tipo cognoscitivo así como de tipo motor o adaptación a la vida diaria.

- k. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.
- l. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).
- m. Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto y anteojos (salvo que se haya contratado la Cobertura de Visión); tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir presbiopía, hipermetropía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis ni epiqueratofaquia. Salvo lo estipulado en el inciso C de la cláusula de Coberturas Opcionales, siempre y cuando se haya contratado.
- n. Tratamientos dentales (excepto cuando son a consecuencia de un accidente y salvo que se haya adquirido la Cobertura Dental), alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza y origen.
- o. Afecciones propias del embarazo a excepción de lo señalado en el inciso B de las coberturas sujetas a un periodo de espera, aborto (salvo que haya sido provocado por un accidente), así como el legrado uterino cualquiera que sea su causa, salvo lo indicado en el inciso E de la cláusula de Coberturas Opcionales, siempre y cuando se haya contratado. Este último deberá ser manejado por reembolso y con resultado de estudio histopatológico.
- p. De igual forma, no se cubren gastos a consecuencia del control y vigilancia prenatal. Tampoco se cubren gastos anteriores y posteriores a la operación cesárea, como son consultas, ultrasonido.
- q. No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).
- r. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud

- conocido como Chek-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
- s. Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, quiroprácticos, homeópatas, y vegetarianos, así como el tratamiento médico o quirúrgico basándose en hipnotismo, quelaciones y ozonoterapia o cualquier otro tipo de medicina que no sea la alopática. Esta condición podrá ser cubierto únicamente para la práctica de la quiropraxia y homeopatía siempre que la reclamación sea manejada por reembolso y se anexe a la documentación la cedula profesional y el certificado de la especialidad correspondiente.
 - t. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 - u. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
 - v. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extra.
 - w. Equipo de riñón artificial para uso personal.
 - x. Lesión o enfermedad que se originen a consecuencia de actos de guerra (declarada o no) o actos terroristas siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas.
 - y. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad, esterilidad o inseminación artificial.
2. Accidentes ni enfermedades que se originen por participar en:
- a. Servicio militar de cualquier clase, actos de guerra (declarada o no), rebelión, insurrección revolución, actos de terrorismo siempre y cuando el asegurado tenga participación directa en dichos actos terroristas.
 - b. Lesiones recibidas al participar en riñas o alborotos populares cuando el asegurado sea el provocador.

- c. Inhalación de gases o humo, salvo que sea a consecuencia de un accidente.
- d. Radiaciones atómicas, contaminación química o contaminación bacteriológica.
- e. Envenenamientos de cualquier naturaleza, salvo que sea a consecuencia de un accidente.
- f. Acto delictivos intencionales que resulten de la participación directa del Asegurado.
- g. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- h. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- i. Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero.
- j. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.

GENERALIDADES

CONTRATO

Las declaraciones del contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, los endosos que llevan anexos, el registro de Asegurados y los certificados, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro celebrado entre la compañía y el contratante cuyo objeto sea el de asegurar a los integrantes de la Colectividad contra riesgos propios de la operación de gastos médicos mayores.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá y entregará al Contratante un certificado individual para cada uno de los asegurados, a efecto de que éste lo entregue a cada uno de los asegurados. Cada certificado contendrán, cuando menos, los siguientes datos:

- a. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía;
- b. Firma del funcionario autorizado de la Compañía;
- c. Operación de seguro, número de la póliza y del certificado;

- d. Nombre del Contratante;
- e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
- f. Fecha de vigencia de la póliza y del certificado
- g. Suma asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura;
- h. Nombre de los Beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable de la designación;
- i. Transcripción íntegra del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará el registro de Asegurados, mismo que deberá contener nombre, edad, sexo, suma asegurada, número de certificado individual, fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro y coberturas amparadas. Si el Contratante lo solicita la Compañía entregará copia del registro de Asegurados

VIGENCIA

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

RENOVACIÓN

La compañía podrá renovar el contrato de seguro, mediante endosos a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

Al renovarse la póliza, a los Asegurados se les reconocerán sus derechos que por antigüedad han adquirido (siempre que la renovación sea sin periodos al descubierto), esto es, no se aplicarán periodos de espera ni límites de edad inferiores a los originalmente pactados, además, no se solicitarán requisitos de asegurabilidad adicionales. El servicio de red médica y hospitalaria que se otorgará en cada renovación será igual o similar en calidad, servicio y ubicación con la originalmente contratada.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, estén fuera de los límites establecidos en la póliza, **salvo que se le haya otorgado la cobertura sin límite de edad.**

La prima se aplicará de acuerdo al sexo y edad alcanzada de cada uno de los Asegurados a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas que se encuentre en vigor, **pudiendo tener incrementos en la prima**, y será la que resulte de calcular y actualizar los parámetros conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica usando información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio señalado en la carátula de la póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía. Así mismo, los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o a los beneficiarios, tendrán toda la validez legal si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía de éstos.

Es obligación del Asegurado y/o Contratante, notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza.

Sea cual fuere el momento en el cual se realizara la modificación durante la vigencia o a la renovación, los padecimientos o enfermedades se cubrirán de acuerdo a las coberturas vigentes cuando haya ocurrido el siniestro.

“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.” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado Titular o Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía dentro de las 24 hrs. siguientes al momento en que se conozca un cambio de ocupación o actividad de alguno de los Asegurados. 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.

NACIMIENTOS

Los hijos del titular y/o cónyuge asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos por ella a partir del nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a la Compañía, acompañado el acta de nacimiento y/o certificado de nacido vivo y el certificado de salud **dentro de los treinta días siguientes a la fecha del nacimiento.** De no hacerse así, la inclusión de los niños estará condicionada a la aceptación de la Compañía.

REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados, o aumento o disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de alta o baja de Asegurados titulares o dependientes, o aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá mediante recibo correspondiente al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

ALTAS

La Compañía, mientras esté en vigor la presente póliza podrá incluir bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurada para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza. **Para llevar a cabo este movimiento la Compañía deberá contar con el consentimiento respectivo debidamente llenado**

por el miembro a asegurarse.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil siempre y cuando la Compañía reciba aviso por escrito de la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el consentimiento y el acta de matrimonio respectiva; si se trata del concubinato, éste podrá darse de alta desde la fecha en que se adquiera tal carácter conforme a las disposiciones relativas por la legislación civil aplicable, lo que deberá acreditar ante la Compañía. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía cobrará una prima de acuerdo con la edad de dicho Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento de la vigencia de la póliza, dicha prima se pagará de conformidad a lo estipulado en el contrato.

BAJAS

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

En este caso, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima, en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición y calculada en días exactos, de los integrantes que se hayan dado de baja de la colectividad. El procedimiento que utilice la Compañía para este cálculo, será previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

El Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas terminarán desde el momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

La compañía podrá asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente de la colectividad asegurada, en cualquiera de los planes individuales familiares vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que opere, siempre que su

edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, **dentro del plazo de treinta días a partir de su separación**. La suma asegurada y el coaseguro serán similares a lo que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a La compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada, su ocupación y plan contratado, en la fecha de su solicitud, según la tarifa que se encuentre en vigor.

Este nuevo contrato acreditará la antigüedad que el Asegurado hubiera generado en la póliza de colectivo y no se ampliarán los periodos de espera al momento de efectuarse el cambio.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

El Contratante podrá solicitar la cancelación de la póliza mediante comunicación escrita a la Compañía, significando esto, que todos y cada uno de los certificados serán cancelados.

La cancelación se hará efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación especificada en el escrito emitido por el Contratante, la que sea posterior.

Cancelación de certificados

En caso de cancelación, la Compañía restituirá a quienes hayan aportado la prima en la proporción correspondiente, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición, calculada en días exactos, de los Integrantes que se den de baja de la colectividad.

OBLIGACIÓN DE ASEGURAR

El Contratante se obliga a solicitar el seguro para todas aquellas personas que reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro los 30 días siguientes a que las reúnen.

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

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

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

SUSTITUCIÓN DEL CONTRATANTE

En caso de que el seguro colectivo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al presente Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de que se ha operado una sustitución en el Contratante del seguro; sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante.

En este caso, la Compañía se obliga a reintegrar a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, al menos la parte de la prima neta no devengada, previa disminución de costo de adquisición y calculada en días, de acuerdo a los procedimientos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PRIMA

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza, la edad y el sexo del Asegurado. La prima cubre un período de doce meses.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa en vigor a esa fecha y los recargos que determina la Compañía.

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada por las partes al momento de celebrarse el contrato. La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la Compañía contra entrega de recibo correspondiente.

En caso de alta o baja de Asegurados o dependientes o disminución de beneficios, la Compañía cobrará mediante el recibo correspondiente al Contratante, según sea el caso, **una prima calculada proporcionalmente** desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza en referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Asegurado liquidará la diferencia.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS (CANCELACIÓN)

La prima correspondiente a esta póliza es anual, venciendo la prima en el momento de la celebración del Contrato del Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán optar por el pago fraccionado de la prima, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenido entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento.

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula que antecede, el Asegurado podrá dentro de los treinta días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en la cláusula de Plazo de Espera y Cesación de efectos, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. La Compañía devolverá a prorrata en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia de seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas del día de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. Será necesario que el Contratante presente carta solicitud de rehabilitación y carta de no siniestro dentro de los primeros treinta días del período para que surta efecto dicha rehabilitación.

Lo anterior en el entendido que bajo ninguna circunstancia, la Compañía responderá de enfermedades o accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

EDAD

- a. La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de sesenta y nueve (69) años.
- b. Siempre que el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sea contratado hasta los 69 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación, se contará con **Cobertura sin Límite de Edad** en dicho plan.
- c. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Empresa no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al momento de la celebración del mismo esté fuera de los límites de aceptación fijados por la Compañía, en cuyo caso **devolverá al Asegurado la reserva matemática de su seguro, existente en la fecha de rescisión.**
- d. 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 la edad, se pagara una prima menor de la que correspondiera a 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 a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviera pagando una prima más alta que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado al menos la prima en exceso, que hubiera pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- e. La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y 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 conozca o deban conocer en el momento de la celebración de Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultarán a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía comunicará en forma auténtica al contratante y/o asegurado o dependiente, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía reconozca la omisión o inexacta declaración.

Esta cláusula solo aplicará para aquellos asegurados que se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad asegurada.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título 5 Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, en los términos de la Ley Monetaria en la fecha en que se efectúen los mismos.

En caso que se contrate la cobertura en el extranjero, los gastos efectuados que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de erogación de los gastos.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley: “El plazo de que trata el artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por las causas estipuladas en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

SINIESTROS

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los **primeros cinco días hábiles** siguientes a la fecha en que se haya presentado. El retraso del aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que el retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a. **Informe del Reclamante:** Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- b. **Informe Médico:** Este documento será llenado por el (los) médico(s) que hayan intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado. En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto informe médico como informe del reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensable para el nuevo análisis de dicho complemento.
- c. **Comprobante de Gastos:** Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.

Los recibos por honorarios profesionales de médicos y enfermeras deberán ser expedidos en papel membretado y de su propiedad, debiendo reunir los siguientes datos:

- Cédula Profesional
- Registro de Salubridad
- Registro Federal de Contribuyentes
- Folio

Cada recibo de honorarios deberá estar circunstanciado a un solo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.). En caso de consultas médicas, harán llegar un recibo por cada consulta recibida. Si llegara a existir un recibo por honorarios que incluyera varios conceptos, se tomará el total del recibo por la cobertura de una consulta.

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier semejante donde no se exigen remuneración, salvo lo mencionado en el apartado de las cláusulas adicionales.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre

internado en el sanatorio u hospital, así como la comprobación de los gastos realizados.

Los Asegurados autorizan a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera SEGRUOS BANORTE, referente a su salud o enfermedades anteriores.

Asimismo, autorizan a las Compañías de Seguros a las que previamente han solicitado pólizas para que proporcionen a SEGRUOS BANORTE, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la solicitud y que a su vez SEGRUOS BANORTE, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de la solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por los Asegurados.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

PAGO DE INDEMNIZACIÓN

- a. Las indemnizaciones que resulten conforme a este párrafo, serán liquidadas **en el curso de los treinta días** siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- b. Todas las indemnizaciones cubiertas por la compañía serán liquidadas a cada Asegurado o a quien éste haya designado, en las oficinas de la Compañía con la presentación de Carta poder.
- c. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.
- d. Tiempo de Indemnización: Se cubrirán los gastos hasta agotar la suma asegurada, siempre que la enfermedad o accidente cubierto ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

En el caso de que el Contratante cancele el seguro o termine la vigencia de éste, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

Para efectos de este contrato, se entiende por cancelación, cuando el Asegurado y/o Contratante externan su voluntad, en cualquier momento, a la Aseguradora de dar por terminado anticipadamente este contrato de seguro.

- e. **El pago del impuesto al valor agregado será cubierto por la Compañía siempre y cuando los recibos se expidan a nombre de ésta. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Asegurado.**
- f. La Compañía sólo pagará los honorarios médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la atención, tratamiento, curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.
- g. De igual manera, la Compañía sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. La cantidad de honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano	Cantidad que resulte de aplicar la base de honorarios contratada al catálogo correspondiente
Anestesiólogo	30% de Honorarios para Cirujano
Ayudante	20% de Honorarios para Cirujano

INTERÉS MORATORIO

En caso de que La Compañía, no obstante haber recibido los documento e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, que sea procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado o

Beneficiario el interés moratorio que en conformidad con el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán

por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO

Cuando el Asegurado presente una reclamación por enfermedad y/o accidente amparados por esta póliza, se ajustarán los gastos presentados a los límites establecidos en la carátula de la póliza y en el cuadro de especificaciones de la misma. Los gastos reembolsables se sumarán y al total de éstos se restará la cantidad deducible que se menciona en el

cuadro de especificaciones. Del importe así determinado se descontará el porcentaje por coaseguro que es a cargo del Asegurado.

RECLAMACIONES

El reclamante podrá optar, en caso de notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, en acudir ante un arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la compañía.

INFORME DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN

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

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la **Compañía** se obliga a solicitar al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, su consentimiento para tratar sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso se celebre.

La **Compañía** además, se obliga a informarle al Asegurado o Contratante, siempre y cuando éste sea persona física, que sus datos se tratarán para

todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que el Asegurado o Contratante aceptará la transferencia que pudiera realizarse de ellos a entidades integrantes del Grupo Financiero Banorte y subsidiarias de éstas instituciones y terceros, nacionales o extranjeros, conforme a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad de la Compañía.

La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares establece dicha obligación en sus artículos 8° y 9° que a la letra dicen:

“Artículo 8.- Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley.

El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de sus datos, cuando habiéndose puesto a su disposición el aviso de privacidad, no manifieste su oposición.

Los datos financieros o patrimoniales requerirán el consentimiento expreso de su titular, salvo las excepciones a que se refieren los artículos 10 y 37 de la presente Ley.

El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento sin que se le atribuyan efectos retroactivos. Para revocar el consentimiento, el responsable deberá, en el aviso de privacidad, establecer los mecanismos y procedimientos para ello.”

“Artículo 9.- Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca. No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines

explícitos que persigue el sujeto regulado.”

“Artículo 10.- No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

- I. Esté previsto en una Ley;
- II. Los datos figuren en fuentes de acceso público;
- III. Los datos personales se sometan a un procedimiento previo de disociación;
- IV. Tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el titular y el responsable;
- V. Exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes;
- VI. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente, o
- VII. Se dicte resolución de autoridad competente.”

“Artículo 37.- Las transferencias nacionales o internacionales de datos podrán llevarse a cabo sin el consentimiento del titular cuando se dé alguno de los siguientes supuestos:

- I. Cuando la transferencia esté prevista en una Ley o Tratado en los que México sea parte;
- II. Cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios;
- III. Cuando la transferencia sea efectuada a sociedades controladoras, subsidiarias o afiliadas bajo el control común del responsable, o a una sociedad matriz o a cualquier sociedad del mismo grupo del responsable que opere bajo los mismos procesos y políticas internas;
- IV. Cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del titular, por el responsable y un tercero;
- V. Cuando la transferencia sea necesaria o legalmente exigida para la salvaguarda de un interés público, o para la

- VI. procuración o administración de justicia;**
VI. Cuando la transferencia sea precisa para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial, y
VII. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el responsable y el titular.”

Dicho Aviso de Privacidad estará disponible en la página web de la Compañía: www.segurosbanorte.com.mx

PARA CONTRATANTE

Para efectos de dar cumplimiento a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. “El Contratante”, (Nombre o razón social del contratante”, se obliga a mantener integrado un expediente de identificación de todos y cada uno de los asegurados que integran la colectividad asegurada. Dicho expediente estará en todo momento a disposición de la Aseguradora para su consulta o para que ésta lo proporcione a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cada expediente deberá contener, cuando menos lo siguiente (copia simple):

PERSONA FÍSICA

DATOS	DOCUMENTOS (copia simple)
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo Asegurado y Beneficiarios (en su caso) • Domicilio particular (Calle, número, colonia, C.P., Delegación o Municipio, Ciudad, Población y Entidad Federativa • Nacionalidad • Fecha de Nacimiento • Profesión u ocupación • Actividad • Teléfono • CURP • R.F.C. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación oficial en vigor • CURP O R.F.C. • Comprobante de Domicilio • Tratándose de extranjeros, copia de pasaporte y documento que acredite su legal estancia.

PERSONA MORAL

DATOS	DOCUMENTOS (copia simple)
<ul style="list-style-type: none"> • Denominación o Razón Social • Domicilio particular (Calle, número, colonia, C.P., Delegación o Municipio, Ciudad, Población y Entidad Federativa • Nacionalidad • Fecha de Constitución • Giro Mercantil u objeto social • Teléfono • R.F.C. • Datos de apoderado o representante legal (de conformidad a lo solicitado a la persona física) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acta constitutiva con datos de Registro Público de Comercio • Cédula de Identificación Fiscal • Comprobante de Domicilio • Testimonio notarial de poder notarial • Identificación oficial de apoderados o representantes

INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE LOS ASEGURADOS

De conformidad a lo establecido en la Regla Décima Primera y Décima Segunda de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. El Contratante y la Compañía están de acuerdo y convienen en que el Contratante integre y conserve los expedientes de identificación de los Asegurados que forman parte de la colectividad asegurada, el cual deberá contener cuando menos la información arriba requerida; así mismo El Contratante se Obliga a:

- I. Mantener los expedientes de los Asegurados a disposición de la Aseguradora para consulta y proporcionárselos oportunamente para sí misma, o para que a la vez se los presente a la Comisión, si así se lo requiere, o para que ésta se los entregue a la Secretaría.
- II. Permitir a la Aseguradora verificar, de manera aleatoria, que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con lo señalado en las presentes Disposiciones, y;
- III. Cuando algún Asegurado sea dado de baja de la Colectividad Asegurada, El Contratante se obliga a entregar el expediente de identificación de dicha persona.

No obstante lo anterior, la Compañía será responsable en todo momento

del cumplimiento de las obligaciones que, en materia de identificación del Cliente, establecen las presentes Disposiciones.

CLÁUSULA GENERAL PARA EL CONTRATANTE

- a. **Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, Contratante y/o beneficiario fuere condenado mediante sentencia definitiva por un juez, por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos o delitos contra la salud, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmados tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien el Asegurado, Contratante y/o beneficiario se encuentra incluido en las listas que emite la OFAC (Office Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar involucrado en la comisión de los delitos señalados.**

En caso de que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario obtenga sentencia absolutoria o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite por escrito y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la Compañía rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado descubierto, debiendo éste cubrir las primas que correspondan por el tiempo en que se dejó de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del Contrato de Seguro de seguro que se está rehabilitando, atendiendo la Compañía, en consecuencia, cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en el periodo al descubierto en términos del Contrato.

- b. Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, Contratante y/o beneficiario entregan documentación falsa, apócrifa o que se encuentre enmendada para efectos de identificación, así como cualquier otra documentación de las establecidas en la Ley de Datos Personales y/o que sirvan para conocer los riesgos de la operación,

tanto en la emisión y el reclamo de siniestros.

TEXTOS NORMATIVOS

Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

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

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

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

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

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

- I. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora

podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

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

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

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

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

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

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 sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo

a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o 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 Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

*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.*

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com. o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **28 de junio de 2013**, con el número **CNSF-S0001-0531-2012/CONDUSEF-000912-02**, **CNSF-S0001-0529-2012/CONDUSEF-000911-02** de fecha **28 de junio de 2013** y **CGEN-S0001-0195-2014** de fecha **17 de diciembre de 2014**, el día **21 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0213-2016** y el día **01 de agosto de 2016**, con el número **CGEN-S0001-0127-2016**.