

Seguro Básico Estandarizado de la Cobertura de Gastos Médicos

CHUBB®

Seguro Básico Estandarizado de la Cobertura de Gastos Médicos

| Coberturas | Padecimientos | Exclusiones y Observaciones | Suma Asegurada | Tiempo Máx. de Pago | Hospitales | Reinstalación | Periodo de Espera |
|--|--|---|------------------------|--------------------------|---------------------|---------------|---|
| Renta diaria por Hospitalización | Enf. Y Acc. Cubiertos en GM, sin periodo de espera | Aplican Exclusiones ¹ | ½ SMMGVDF ² | 30 días por padecimiento | Públicos y Privados | Sí | 30 días En el caso de Accidente (no aplica) |
| | Padecimiento: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, hemorroides, fístulas y fisuras rectales (o prolapso del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales. | Aplican Exclusiones ¹ | ½ SMMGVDF ² | 30 días por padecimiento | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| | Parto Normal | Aplican Exclusiones ¹ . Se cubre Complicaciones del parto, (máximo hasta 30 días). | ½ SMMGVDF ² | 2 días | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| | Cesárea | Aplican Exclusiones ¹ . Se cubre Complicaciones del parto, (máximo hasta 30 días). | ½ SMMGVDF ² | 2 días | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| | Complicaciones del Recién nacido | Aplican Exclusiones ¹ | ½ SMMGVDF ² | 30 días | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia | Colecistectomía | Aplican Exclusiones ¹ | 5 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Litotripsia | Aplican Exclusiones ¹ | 5 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Apendicectomía | Aplican Exclusiones ¹ | 5 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Fractura de Huesos | Excepto pies, manos y nariz | 1 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | No aplica |

| | | | | | | | |
|---|--|--|------------|--|---------------------|-----|-----------|
| Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad | Cáncer | Cáncer de Piel e Insitu, son excluidos | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | SIDA | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 4 años |
| | Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Derrame o Infarto Cerebral | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | No aplica |
| | Trasplante de órganos mayores | Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Insuficiencia renal crónica | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Politraumatismos | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | No aplica |

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

1. Numeral 5 de las Condiciones Generales.

2. Monto de indemnización por día.

(*) En el caso de indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

Especificaciones

- a) Edad máxima de aceptación: 64 años.
- b) Edad máxima de renovación: vitalicia.
- c) Periodo de pago de primas: anual.
- d) El pago se efectúa al Asegurado, no es reembolso ni pago directo de Gastos Médicos.
- e) Para pago de la cobertura se requiere informe médico, radiografías, pruebas y constancias de hospitales.
- f) Proceso de Reclamación y solicitud de seguro: homogéneos.
- g) Para pago de indemnización diaria por hospitalización, se requiere factura hospitalaria y constancia de los días de hospitalización por parte de Hospital. En caso de institución hospitalaria pública, se solicitará constancia por parte del área de trabajo social.

Enf. y Acc., Enfermedades y Accidentes

GM, Gastos Médicos

Exclusiones (Numeral 5 de las Condiciones Generales)

- a) **Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.**
- b) **Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**
- c) **Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**
- d) **Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

- e) Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante o estimulante que no haya sido prescrito por un Médico.
- f) Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.
- g) Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.
- h) Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.
- i) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de “Check up”.
- j) Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.
- k) Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.
- l) Tratamientos en vías de experimentación.
- m) Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.
- n) Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al Contrato

- I.1. **Accidente:** Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.
- I.2. **Asegurado:** Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.
- I.3. **Contrato de Seguro:** Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

I.4. Póliza: Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

a) Carátula de Póliza. Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1. Nombres y firmas de los representantes de la Compañía.
2. Nombre y domicilio del Contratante.
3. La designación de las personas aseguradas.
4. La naturaleza de los riesgos transferidos.
5. Fecha de inicio y fin de la vigencia.
6. Lista de Endosos incluidos.
7. El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
8. Cobertura Contratada.
9. Prima del seguro.
10. Montos de suma asegurada o tipo de plan.

b) Condiciones Generales. Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) Endosos. Documento, generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) Información para la orientación en caso de siniestro. Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

I.5. Fecha de Inicio de Cobertura: Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

I.6. Fecha de Inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

I.7. Fecha de Término de Vigencia: Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la Carátula.

I.8. La Compañía: Chubb Seguros México, S.A., la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la Póliza.

I.9. Recibo de Pago: Es el documento expedido por La Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

- I.10. Solicitud:** Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.
- I.11. Enfermedad:** Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente, legalmente autorizado para ejercer la profesión o especialidad de que se trate.

II. Relativas a la Cobertura

- II.1. Apendicectomía:** Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.
- II.2. Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.
- II.3. Cirugías de Corazón:** Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastia con colocación de stent.
- II.4. Colectomía:** Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.
- II.5. Fracturas de Huesos:** Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.
- II.6. Hospitalización:** Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.
- II.7. Infarto Cardíaco Agudo:** Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.
- II.8. Infarto o Derrame Cerebral:** La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.
- II.9. Institución Hospitalaria:** Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.
- II.10. Insuficiencia Renal Crónica:** Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.
- II.11. Litiasis (Litotripsia):** Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.
- II.12. Politraumatismo:** Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

II.13. Preexistencia: Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) 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.
- b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) 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.

II.14. Renta Diaria: Es la indemnización que pagará La Compañía por cada día de hospitalización.

II.15. SIDA: Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

II.16. Suma Asegurada: Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

II.17. Trasplante de Órganos Mayores: Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de junio de 2015, con el número CNSF-S0039-0308-2015 / CONDUSEF-003061-04.

Contenido

| | |
|----------------------------------|----|
| Condiciones Generales | 11 |
| 1. Definiciones | 11 |
| I. Relativas al Contrato | 11 |
| I.1 Accidente | 11 |
| I.2 Asegurado | 11 |
| I.3 Contrato de Seguro | 11 |
| I.4 Póliza | 11 |
| I.5 Fecha de Inicio de Cobertura | 12 |
| I.6 Fecha de Inicio de Vigencia | 12 |
| I.7 Fecha de Término de Vigencia | 12 |
| I.8 La Compañía | 12 |
| I.9 Recibo de Pago | 12 |
| I.10 Solicitud | 12 |
| I.11 Enfermedad | 12 |
| II. Relativas A la Cobertura | 13 |
| II.1 Apendicectomía | 13 |
| II.2 Cáncer | 13 |
| II.3 Cirugías de Corazón | 13 |
| II.4 Colectomía | 13 |
| II.5 Fracturas de Huesos | 13 |
| II.6 Hospitalización | 13 |
| II.7 Infarto Cardíaco Agudo | 13 |
| II.8 Infarto o Derrame Cerebral | 13 |

| | |
|--|----|
| II.9 Institución Hospitalaria | 13 |
| II.10 Insuficiencia Renal Crónica | 13 |
| II.11 Litiasis (Litotripsia) | 13 |
| II.12 Politraumatismo | 13 |
| II.13 Preexistencia | 13 |
| II.14 Renta Diaria | 13 |
| II.15 SIDA | 13 |
| II.16 Suma Asegurada | 13 |
| II.17 Trasplante de Órganos Mayores | 13 |
| | |
| 2. Objeto del Seguro | 14 |
| a) Renta Diaria por Hospitalización | 14 |
| b) Indemnización por Diagnostico o Tratamiento | 14 |
| | |
| 3. Cuadro Descriptivo de Coberturas Amparadas | 15 |
| | |
| 4. Eventos Cubiertos | 17 |
| a) Renta Diaria por Hospitalización | 17 |
| b) Indemnización por Diagnostico o Tratamiento | 17 |
| | |
| 5. Exclusiones | 18 |
| | |
| 6. Pago de Indemnizaciones | 19 |
| 6.1 Límites de Indemnizaciones | 19 |
| 6.2 Comprobación del Evento Cubierto | 19 |
| | |
| 7. Cláusulas Generales | 20 |
| 7.1 Cláusulas de Interés para el Asegurado | 20 |
| a) Renovación | 20 |
| b) Primas | 20 |

| | |
|---|----|
| c) Ajustes por Movimientos de Asegurados | 21 |
| d) Edad Alcanzada | 21 |
| e) Periodo de Gracia | 21 |
| f) Reconocimiento de Antigüedad | 21 |
| 7.2 Cláusulas Operativas | 22 |
| a) Residencia | 22 |
| b) Vigencia | 22 |
| c) Modificaciones | 22 |
| 7.3 Cláusulas Contractuales | 22 |
| a) Competencia | 22 |
| b) Preexistencia | 22 |
| c) Prescripción | 23 |
| d) Omisiones o Inexactas Declaraciones | 23 |
| e) Moneda | 23 |
| f) Notificaciones | 23 |
| g) Revelación de Comisiones | 23 |
| h) Interés Moratorio | 23 |
| i) Cláusula de Agravación de Riesgo | 23 |
| Seguro Individual/Familiar de Gastos Médicos | 27 |
| Formato de Aviso de Accidenten o Enfermedad | 31 |
| Informe Médico | 34 |
| Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades) | 36 |

Seguro Básico Estandarizado de la Cobertura de Gastos Médicos

Condiciones Generales

1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al Contrato

- I.1. **Accidente:** Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.
- I.2. **Asegurado:** Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.
- I.3. **Contrato de Seguro:** Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
 - b) La Póliza.
 - c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
 - d) Las Condiciones Generales.
 - e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- I.4. **Póliza:** Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:
- a) **Carátula de Póliza.** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
 - 1. Nombres y firmas de los representantes de la Compañía
 - 2. Nombre y domicilio del Contratante
 - 3. La designación de las personas aseguradas
 - 4. La naturaleza de los riesgos transferidos
 - 5. Fecha de inicio y fin de la vigencia
 - 6. Lista de Endosos incluidos

7. El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
8. Cobertura Contratada
9. Prima del seguro
10. Montos de suma asegurada o tipo de plan

b) Condiciones Generales. Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) Endosos. Documento, generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) Información para la orientación en caso de siniestro. Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

- I.5. Fecha de Inicio de Cobertura:** Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.
- I.6. Fecha de Inicio de Vigencia:** Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.
- I.7. Fecha de Término de Vigencia:** Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la Carátula.
- I.8. La Compañía:** Chubb Seguros México, S.A., la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la Póliza.
- I.9. Recibo de Pago:** Es el documento expedido por La Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.
- I.10. Solicitud:** Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.
- I.11. Enfermedad:** Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo, que amerite tratamiento médico.

II. Relativas a la Cobertura

- II.1. Apendicectomía:** Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.
- II.2. Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.
- II.3. Cirugías de Corazón:** Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastía con colocación de stent.
- II.4. Colectomía:** Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.
- II.5. Fracturas de Huesos:** Ruptura de un hueso. Ésta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.
- II.6. Hospitalización:** Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.
- II.7. Infarto Cardíaco Agudo:** Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.
- II.8. Infarto o Derrame Cerebral:** La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.
- II.9. Institución Hospitalaria:** Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.
- II.10. Insuficiencia Renal Crónica:** Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.
- II.11. Litiasis (Litotripsia):** Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.
- II.12. Politraumatismo:** Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.
- II.13. Preexistencia:** Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
- a) 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.

- b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) 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.

II.14. Renta Diaria: Es la indemnización que pagará La Compañía por cada día de hospitalización.

II.15. SIDA: Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

II.16. Suma Asegurada: Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

II.17. Trasplante de Órganos Mayores: Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

2. Objeto del Seguro

a) Renta Diaria por Hospitalización

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado incurriera en una Hospitalización cubierta, La Compañía pagará la Renta Diaria estipulada en la Carátula de la Póliza por cada día de Hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de Rentas Diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso "a" de este Contrato de Seguro.

b) Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, La Compañía pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso "b" de este Contrato de Seguro.

3. Cuadro Descriptivo de Coberturas Amparadas

| Coberturas | Padecimientos | Exclusiones y Observaciones | Suma Asegurada | Tiempo Máx. de Pago | Hospitales | Reinstalación | Periodo de Espera |
|---|--|---|------------------------|--------------------------|---------------------|---------------|---|
| Renta diaria por Hospitalización | Enf. Y Acc. Cubiertos en GM, sin periodo de espera | Aplican Exclusiones ¹ | ½ SMMGVDF ² | 30 días por padecimiento | Públicos y Privados | Sí | 30 días En el caso de Accidente (no aplica) |
| | Padecimiento: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, hemorroides, fístulas y fisuras rectales (o prolapso del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales. | Aplican Exclusiones ¹ | ½ SMMGVDF ² | 30 días por padecimiento | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| | Parto Normal | Aplican Exclusiones ¹ . Se cubre Complicaciones del parto, (máximo hasta 30 días). | ½ SMMGVDF ² | 2 días | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| | Cesárea | Aplican Exclusiones ¹ . Se cubre Complicaciones del parto, (máximo hasta 30 días). | ½ SMMGVDF ² | 2 días | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| | Complicaciones del Recién nacido | Aplican Exclusiones ¹ | ½ SMMGVDF ² | 30 días | Públicos y Privados | Sí | 12 meses |
| Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia | Colecistectomía | Aplican Exclusiones ¹ | 5 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Litotripsia | Aplican Exclusiones ¹ | 5 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Apendicectomía | Aplican Exclusiones ¹ | 5 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Fractura de Huesos | Excepto pies, manos y nariz | 1 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | No aplica |

| | | | | | | | |
|---|--|--|------------|--|---------------------|-----|-----------|
| Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad | Cáncer | Cáncer de Piel e In situ, son excluidos | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | SIDA | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 4 años |
| | Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Derrame o Infarto Cerebral | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | No aplica |
| | Trasplante de órganos mayores | Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Insuficiencia renal crónica | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | 3 meses |
| | Politraumatismos | Aplican Exclusiones ¹ | 20 SMMGVDF | | Públicos y Privados | No* | No aplica |

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

1. Numeral 5 de las Condiciones Generales.

2. Monto de indemnización por día.

(*) En el caso de indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

Especificaciones

- a) Edad máxima de aceptación: 64 años.
- b) Edad máxima de renovación: vitalicia.
- c) Periodo de pago de primas: anual.
- d) El pago se efectúa al Asegurado, no es reembolso ni pago directo de Gastos Médicos.
- e) Para pago de la cobertura se requiere informe médico, radiografías, pruebas y constancias de hospitales.
- f) Proceso de Reclamación y solicitud de seguro: homogéneos.
- g) Para pago de indemnización diaria por hospitalización, se requiere factura hospitalaria y constancia de los días de hospitalización por parte de Hospital. En caso de institución hospitalaria pública, se solicitará constancia por parte del área de trabajo social.

Enf. y Acc., Enfermedades y Accidentes

GM, Gastos Médicos

4. Eventos Cubiertos

a) Renta Diaria por Hospitalización

Se indemniza la Renta Diaria de acuerdo a lo siguiente:

- a.1. En el caso de Hospitalización, cuando se presente después de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia continua de la Póliza en esta Compañía para el Asegurado afectado, salvo en caso de accidentes la cobertura inicia a partir del primer día. El tiempo máximo de pago es de 30 (treinta) días.
- a.2. Para la Hospitalización por parto normal y cesárea siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia continua en la Póliza en esta Compañía; con máximo de 2 (dos) días de Renta Diaria. En caso de complicación del parto, ésta queda cubierta por un tiempo máximo de hasta 30 (treinta) días, igualmente siempre y cuando la madre cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia.
- a.3. Para la Hospitalización por las complicaciones del recién nacido siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Compañía; con un máximo de 30 días de Renta Diaria.

a.4. La Renta Diaria de los siguientes padecimientos siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Compañía:

- a) Padecimientos ginecológicos.
- b) Padecimientos de la columna vertebral.
- c) Padecimientos de glándulas mamarias.
- d) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- e) Amigdalitis y adenoiditis.
- f) Hernias y eventraciones.
- g) Nariz o senos paranasales.

Tratándose de politraumatismo, no operará el periodo de espera antes señalado.

a.5. En los demás casos cuando la Hospitalización se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la Póliza en esta Compañía para el Asegurado afectado.

El límite de responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de Rentas Diarias será hasta un máximo de 30 (treinta) días de indemnización por padecimiento, por cada año de vigencia, excepto en Parto Normal y Cesárea en los cual será máximo de 2(dos) días.

b) Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Se indemniza la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para cada uno de los siguientes eventos:

- b.1. Para Fracturas de Huesos y Politraumatismos a partir del primer día de vigencia de la Póliza para el Asegurado afectado.

En el caso de Fracturas de Huesos la indemnización es única dentro de la vigencia de la Póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

Quedan excluidas las Fracturas de Huesos del pie, las manos y la nariz.

b.2. Para los siguientes eventos, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 3 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Compañía:

- i. Apendicectomía.
- ii. Colectectomía.
- iii. Litiasis.
- iv. Cáncer. Excepto cáncer no invasivo in-situ y el cáncer de piel.
- v. Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón.
- vi. Trasplantes de los siguientes órganos mayores: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.
- vii. Insuficiencia Renal Crónica.

Tratándose de Derrame o Infarto Cerebral, no operará el periodo de espera antes señalado. Para cada uno de estos eventos, la Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

b.3. Para SIDA siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 4 años de vigencia continua en la Póliza en esta Compañía.

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

El SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que hayan transcurrido los primeros 4 años de vigencia continua de la Póliza en esta Compañía.

5. Exclusiones

Para efectos de este Contrato de Seguro, quedan excluidas las Rentas Diarias por Hospitalización e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- a) **Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.**
- b) **Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**
- c) **Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**
- d) **Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- e) **Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante o estimulante que no haya sido prescrito por un Médico.**
- f) **Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.**
- g) **Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**
- h) **Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**
- i) **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check up".**
- j) **Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.**

- k) **Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.**
- l) **Tratamientos en vías de experimentación.**
- m) **Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.**
- n) **Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**

6. Pago de Indemnizaciones

6.1. Límites de Indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de La Compañía dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todos los documentos que fundamenten la indemnización que La Compañía haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula.

6.2 Comprobación del evento cubierto

Las indemnizaciones para los Eventos Cubiertos citados en la cláusula 4, se pagarán de acuerdo a los siguientes límites:

| Evento | Renta Diaria |
|-----------------|---|
| Hospitalización | De acuerdo a 4.a ½ SMMGVDF ² |

* SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

| Evento | Diagnóstico o Tratamiento | Suma Asegurada |
|-----------------|---|----------------|
| Indemnizaciones | De acuerdo a 4.b.1 Fractura de Huesos | 1 SMMGVDF* |
| | De acuerdo a 4.b.2 Colecistectomía Litiasis Apendicectomía | 5 SMMGVDF* |
| | Cáncer, Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón, Derrame o Infarto cerebral, Trasplante de órganos mayores, insuficiencia Renal Politraumatismos | 20 SMMGVDF* |
| | De acuerdo a 4.b.3 SIDA | 20 SMMGVDF* |

* SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

6.2 Comprobación del evento Cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- (i) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- (ii) En el caso de una reclamación por Renta Diaria por Hospitalización, será indispensable presentar:
 - El comprobante de la Institución Hospitalaria con nombre completo del paciente, diagnóstico y número de días de estancia.
 - La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de Hospitalización en hospitales privados).
- (iii) En caso de una Indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:
 - El informe del médico tratante.
 - Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anterior a la fecha de Vigencia de la Póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que La Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y La Compañía, para un arbitraje privado.

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, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por La Compañía quienes al momento de acudir a ella 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.

7. Cláusulas Generales

7.1 Cláusulas de Interés para el Asegurado

a) Renovación

Este Contrato de Seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el Asegurado no da aviso por escrito o por cualquier otro medio pactado con la Compañía, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b) Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma; o,
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto, los cuales deberán hacerse del conocimiento del Asegurado al momento de la contratación

c) Ajustes por movimientos de Asegurados

En el caso de altas de Asegurados, La Compañía cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante el 60% de la prima no devengada.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de primas.

d) Edad Alcanzada

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de renovación, y ajustes por movimientos de Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras vivan los Asegurados mediante la obligación del pago de la prima.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los Asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

e) Periodo de Gracia

El contratante dispondrá de treinta días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

f) Reconocimiento de Antigüedad

No se reconocerá antigüedad entre Compañías.

7.2 Cláusulas Operativas

a) Residencia

Para efecto de esta Póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

b) Vigencia

La vigencia de este Contrato de Seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la Carátula de la Póliza.

c) Modificaciones

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

7.3 Cláusulas Contractuales

a) Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

b) Preexistencia

Es aquel padecimiento y/o enfermedad del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración de un Contrato de Seguro, 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 algún diagnóstico.
- b) 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 del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia de la Póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

c) Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía 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.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

d) Omisiones o inexactas declaraciones

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 conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

e) Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta Póliza se efectuarán en moneda nacional.

f) Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a La Compañía en su domicilio social indicado en la Carátula de la Póliza, estando obligada a expedir constancia de la recepción.

Cualquier notificación realizada por La Compañía relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

g) Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 de Seguro. 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.

h) Interés Moratorio

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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 ... III ...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;
...”

i) Cláusula de Agravación de Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

Las obligaciones de Chubb Seguros México, S.A. quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con independencia de todo lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Chubb Seguros México, S.A., 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.

Chubb Seguros México, S.A. 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.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de diciembre de 2020 con el número RESP-S0039-0006-2020 / CONDUSEF-003061-04.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de junio de 2015, con el número CNSF-S0039-0308-2015 / CONDUSEF-003061-04.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos **800 223 2001**, o visite chubb.com/mx; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono **55 5448 7000** en la Ciudad de México y del interior de la República al **800 999 8080** o visite la página www.condusef.gob.mx

Seguro Individual/ Familiar de Gatos Médicos

Datos del Contratante

Nombre o Razón Social:

| | | |
|-----------------------------|----------------|----------|
| R.F.C.: | CURP: | |
| Forma de Pago: Anual | Domicilio: | |
| No. Exterior e Interior: | Código Postal: | Colonia: |
| Alcaldía: | Ciudad: | Estado: |
| Teléfono domicilio: | | Email: |

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| Domicilio de correspondencia: | Entre qué calles: |
|-------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------|-------------------|---------------------|
| Colonia: | Ciudad: | Estado: |
| Código Postal: | Teléfono oficina: | Horario de entrega: |

Datos de las Personas a Asegurar

| Parentesco | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | Género (M/F) | Ciudad donde Reside | Peso (kg.) | Estatura (m) |
|------------|------------------|------------------|-----------|---------------------|--------------|--------------|---------------------|------------|--------------|
| Titular | | | | | | | | | |
| Cónyuge | | | | | | | | | |
| Hijo 1 | | | | | | | | | |
| Hijo 2 | | | | | | | | | |
| Hijo 3 | | | | | | | | | |
| Hijo 4 | | | | | | | | | |

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada uno de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Estado de Salud Especificar Titular Cónyuge Hijo 1 Hijo 2 Hijo 3 Hijo 4

1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como: litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fístulas anorrectales?

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?</p> | | | | | | | |
| <p>3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis indicar si ya se operó, hernias en la cavidad abdominal, varices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata?</p> | | | | | | | |
| <p>4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?</p> | | | | | | | |
| <p>5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?</p> | | | | | | | |
| <p>6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.</p> | | | | | | | |

| Exclusivo para Mujeres | | | |
|------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Parentesco | ¿Está actualmente embarazada? | Meses de gestación | ¿Ha tenido alguna complicación? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Otros Seguros (Esta Información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro) | | | | |
|---|----------------|----------|--------------------------|-----------------|
| Parentesco | Tipo de Seguro | Compañía | ¿Presentó reclamaciones? | Fin de Vigencia |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaración del Asegurado

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la Póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la Compañía Aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado Pólizas para que proporcionen a _____, la información de su conocimiento y que a su vez _____, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

_____, a _____ de _____ de _____ .

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular
(En caso de que sea distinto al Contratante)

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos **800 223 2001**, o visite **www.chubb.com/mx**; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono **55 5448 7000** en la Ciudad de México y del interior de la República al **800 999 8080** o visite la página **www.condusef.gob.mx**

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de junio de 2015, con el número CNSF-S0039-0308-2015 / CONDUSEF-003061-04.

Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Instrucciones:

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.
4. Este documento no será validado con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

| | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| Tipo de reclamación: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Accidente | <input type="checkbox"/> | Embarazo |
| | | <input type="checkbox"/> | Enfermedad |
| Cobertura(s) Afectada(s): | | | |
| <input type="checkbox"/> | Renta diaria por hospitalización | <input type="checkbox"/> | Indemnización por diagnóstico o tratamiento |
| Nombre o Razón Social del Contratante: | | | |
| Número de Póliza: | | | |
| Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Titular: | | | |
| R.F.C. o CURP.: | | | |
| Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Afectado: | | | |
| R.F.C. o CURP.: | | | |
| Número de Certificado del Afectado: | | Fecha de Nacimiento (día/mes/año): | |
| Nacionalidad: | | Parentesco con el Titular: | |
| Teléfono del Contacto: | | Correo Electrónico: | |
| Ocupación o Profesión: | | Lugar donde trabaja/empresa: | |
| Giro de la empresa: | | Domicilio/Calle: | |
| Número Exterior: | Número Interior: | Colonia: | Código Postal: |
| Alcaldía: | | Estado: | |
| Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad (día/mes/año): | | Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó: | |
| | | | |
| Fecha en que visito por primera vez al médico por esta enfermedad (día/mes/año): | | Indique el diagnóstico motivo de su reclamación: | |
| | | | |
| ¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Si es Accidente detállese. ¿Cómo y dónde fue? | | Autoridad que tomó conocimiento del Accidente: | |
| ¿Actualmente tiene otro Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Indique la Compañía: | |
| ¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Indique número de siniestro: | | | |
| Hospital en que fue atendido días de estancia: | | | |
| Tipo de hospital: <input type="checkbox"/> Privado | | <input type="checkbox"/> Público | |
| Periodo de estancia (desde y hasta): | | Número días de estancia: | |
| Nombre completo del (los) Médico (s) tratantes (s) | | Especialidad del (los) Doctor (es): | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| Médicos que ha consultado en los últimos años: | | Causa y Fecha: | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Documentos a Presentar

1. Copia de Identificación oficial del Asegurado afectado (INE, Pasaporte y en el caso de Menores de 5 años Acta de Nacimiento).
2. El comprobante del Hospital, Clínica o sanatorio con Diagnóstico y Número de días de estancia (Alta Hospitalaria).
3. Facturas por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos fiscales aplicables (solo para el caso de Hospitalización en Hospitales privados).
4. En su caso, interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete.
5. Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente).
6. Informes Médicos correspondientes detallados donde indique la participación del Médico tratante (Notas Médicas del Hospital).
7. Copia de Identificación Oficial del Contratante (INE, Pasaporte) sólo si es persona física.
8. Los Estudios y Documentos en los que el Médico tratante certifique el Diagnóstico.

Nota: Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento, con la presente autorización

relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto Médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las Compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a la Compañía la información de su conocimiento y que a su vez la Compañía proporcione a cualquier otra empresa del sector Asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Fecha: _____

Lugar: _____

Nombre y firma del Titular

Nombre y firma del afectado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de junio de 2015, con el número CNSF-S0039-0308-2015 / CONDUSEF-003061-04.

Informe Médico

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programación de Cirugía | <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico | <input type="checkbox"/> Reembolso |
|--|---|------------------------------------|

Instrucciones

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Ficha de Identificación

| | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Apellidos del Paciente | | | |
| Nombre(s) del Paciente | | Edad | Sexo |
| Causas de Atención: | <input type="checkbox"/> Prevención | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente |
| Referido por otro médico: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál? |

Historia Clínica (especificar el tiempo de evolución)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Antecedentes Personales Patológicos | Antecedentes Personales No Patológicos |
| | |
| Antecedentes Gineco-Obstétricos | Antecedentes Perinatales (si es necesario) |
| | |

Padecimiento Actual

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Principales signos y síntomas | | Fecha diagnóstico (DD/MM/AAAA) |
| | | |
| Código CIE 10 | Descripción del Diagnóstico | Fecha diagnóstico (DD/MM/AAAA) |
| | | |

| | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Tipo de Padecimiento | <input type="checkbox"/> Congénito | <input type="checkbox"/> Adquirido | <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Crónico |
| ¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Cuál? | | | | |

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

| Tratamiento | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Código CPT-4 | Descripción del Tratamiento | Fecha diagnóstico (DD/MM/AAAA) |
| | | |
| ¿Hubo complicaciones? | Descripción de complicaciones | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Observaciones

| Nombre del Hospital | Fecha diagnóstico (DD/MM/AAAA) |
|---------------------|--------------------------------|
| | |

Tipo de estancia: Urgencia Hospitalaria Corta estancia/ambulatoria

| Datos Generales del Médico Tratante | |
|-------------------------------------|---|
| Apellido Paterno, Materno y Nombre: | |
| Teléfono: | Especialidad: |
| R.F.C: | Celular: |
| Cédula profesional: | Cédula de especialidad o certificación: |
| Nombre del Proveedor: | E-mail: |
| Presupuesto: | |

Nota: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que ha brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente de sus familiares.

Firma del médico tratante

Lugar y Fecha

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de junio de 2015, con el número CNSF-S0039-0308-2015 / CONDUSEF-003061-04.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Durante nuestra atención en el siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico uneseguros@chubb.com

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Preguntar por el bienestar del Asegurado.
3. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
4. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
5. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
6. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
7. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de junio de 2015, con el número CNSF-S0039-0308-2015 / CONDUSEF-003061-04.

Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250
Torre Niza, Piso 7
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001