

Condiciones Generales

Seguro de Hospitalización
Individual Atlas Med

Julio /2016

ÍNDICE

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes.....	3
Sección I. Definiciones.....	4
Sección II. Objeto del Seguro	8
Sección III. Gastos Médicos Cubiertos.....	8
Sección IV. Periodos de espera.....	10
Sección V. Beneficios Adicionales.....	12
Sección VI. Indemnización en hospitales fuera de la RED.....	12
Sección VII. Exclusiones.....	13
Sección VIII. Cláusulas Generales.....	16

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes

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

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

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

SECCIÓN I. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato de Seguro, a continuación se precisan las siguientes definiciones:

1. Accidente.

Acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

2. Asegurado.

Persona física que obtiene el beneficio de las coberturas del contrato, pudiendo ser Asegurado Titular o Dependiente.

3. Asegurado Titular.

Persona física para la cual en primera instancia, se solicita la cobertura y cuyo nombre aparece en la Carátula de Póliza. Cuando el Asegurado Titular sea menor de edad, toda información requerida con relación al mismo, deberá ser firmada por el padre o tutor.

4. Coaseguro.

Participación del asegurado descrito en forma porcentual del monto total de los gastos generados en una reclamación.

5. Cobertura.

Relación de los riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de Seguros Atlas y del Contratante y/o Asegurado.

6. Condiciones generales.

Conjunto de principios básicos que establece Seguros Atlas de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de seguro.

7. Contratante.

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la Prima.

8. Contrato de Seguro.

Contrato por el que la empresa aseguradora se obliga, mediante el cobro de una Prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

9. Deducible.

Es la cantidad fija a cargo del asegurado que se especifica en la carátula de la póliza

10. Dependiente.

Se considera Dependiente del Asegurado Titular, a su cónyuge o concubina (ario) e hijos(as).

11. Endoso.

Documento que altera o modifica el Contrato de Seguro y que forma parte de éste.

12. Enfermedad.

Toda alteración de la salud, que resulte por la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo.

13. Enfermedad Congénita.

Enfermedad con la cual se nace.

14. Enfermera.

Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser Enfermera General o Especializada.

15. Gastos Médicos.

Contraprestación derivada de una atención o servicio médico y/o Hospitalaria, en que incurre el Asegurado para la atención o tratamiento médico de un Padecimiento.

16. Honorarios médicos.

Pago que obtiene el médico profesionista independiente legalmente reconocido, por los servicios médicos que presta a los Asegurados.

17. Hospital o Sanatorio.

Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.

18. Hospitalización.

Es la estancia en una institución legalmente autorizada para la atención médica, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno.

19. Inicio de cobertura.

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro. Si la póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Para el caso de que el Asegurado cancele o no renueve su póliza y en el futuro decida contratarla nuevamente, la fecha de la nueva póliza será considerada como inicio de cobertura.

20. Legrado Ginecológico.

Extracción de tejido de la cavidad uterina como parte del tratamiento de Padecimientos ginecológicos y en ausencia de embarazo o sus complicaciones.

21. Legrado Obstétrico.

Extracción de residuos de membranas fetales de la cavidad uterina como parte del tratamiento único o parcial del aborto de cualquier causa, y cualquier otra complicación del embarazo en cualquier etapa, incluyendo el puerperio.

22. Lesión.

Alteración órgano-funcional que se deriva de cualquier Accidente.

23. Médico.

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, pudiendo ser: Médico general, especialista, cirujano u homeópata.

24. Padecimiento.

Término genérico para referirse a una Enfermedad o Accidente.

25. Preexistencia

El concepto de preexistencia se tomara como las siguientes particularidades:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; 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 Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.

26. Pago Directo.

Proceso mediante el cual, el Asegurado recibe atención de Médicos y Hospitales en convenio con Seguros Atlas, y el pago de los Gastos Médicos Cubiertos es realizado directamente por Seguros Atlas.

27. Periodo al descubierto.

Intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato. Se genera por falta de pago de primas.

28. Periodo de gracia.

Plazo que Seguros Atlas concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones.

29. Plan.

Se conforma por los siguientes componentes de la Póliza:

Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Condiciones especiales de contratación, y aquellos que indican al Asegurado los beneficios a los que tiene derecho.

30. Póliza.

Documento que instrumenta el Contrato de Seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas y el Contratante.

31. Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio.

Médicos, Hospitales, establecimientos de salud, farmacias, laboratorios o gabinetes clínicos, que tienen celebrado un acuerdo con Seguros Atlas para proporcionar sus servicios a los Asegurados.

32. Prima.

Aportación económica que debe pagar el Contratante a Seguros Atlas en contraprestación por la cobertura de seguro.

33. Reclamación.

Trámite que efectúa el Asegurado ante Seguros Atlas, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de la hospitalización por enfermedad o accidente. Seguros Atlas define si es o no procedente de acuerdo a la cobertura de la póliza.

34. RED.

Lista de hospitales del Consorcio Mexicano de Hospitales, y con los médicos, profesionistas independientes, con quienes se tiene celebrado un convenio para que presten sus servicios médicos y hospitalarios a los Asegurados.

35. Reembolso.

Proceso mediante el cual Seguros Atlas indemniza los Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza cuando dichos gastos no se hayan pagado directamente por Seguros Atlas al prestador de servicios médicos.

36. Seguros Atlas.

Compañía aseguradora registrada con razón social, Seguros Atlas, S.A.

37. Siniestro.

La ocurrencia de cualquier Padecimiento cuyos Gastos Médicos puedan ser motivo de indemnización de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

38. Suma Asegurada.

Límite máximo de responsabilidad de Seguros Atlas, en cada Siniestro reclamado y procedente.

39. Tratamiento Médico.

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

40. Urgencia Médica

Alteración repentina de la salud del Asegurado, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propician que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

41. Vigencia.

Periodo de validez del Contrato.

SECCIÓN II. OBJETO DEL SEGURO

Este Contrato de Seguro cubre los Gastos Médicos, Hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, cuando se haya afectado por causa de un padecimiento que ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y que de acuerdo con estas Condiciones Generales sean Gastos Médicos Cubiertos.

SECCIÓN III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Descripción de la cobertura

Si el Asegurado Titular y/o sus Dependientes son internados en un hospital de la RED por un periodo mínimo de 24 horas continuas, a causa de un accidente o enfermedad, dentro de la vigencia de la póliza, Seguros Atlas pagara los gastos cubiertos en los términos de esta póliza directamente al Hospital y hasta el límite de la Suma Asegurada contratada.

Para efectos de esta cobertura sólo se cubrirán los gastos ambulatorios de tratamiento o cirugía, si el asegurado cuenta con una pre autorización de la misma otorgada por Seguros Atlas.

Cualquier Gasto Médico que no sea indicado en esta sección se considerará no cubierto, los gastos médicos que se mencionan a continuación se cubrirán únicamente durante la permanencia hospitalaria, una vez egresado el asegurado del hospital los gastos quedaran a cargo del Asegurado.

Gastos Cubiertos

Los gastos médicos cubiertos son:

1.- Gastos hospitalarios

1.1. Cuarto de hospital.

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

1.2. Estancia en salas.

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

1.3. Suministros de hospital.

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

2.- Honorarios médicos

2.1 Honorarios Quirúrgicos.

Honorarios de cirujanos y ayudantes.

2.2. Honorarios del Anestesiólogo.

Honorarios del Anestesiólogo.

2.3 Honorarios de Enfermeras.

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

2.4 Honorarios médicos por consulta.

Honorarios médicos de las consultas hospitalarias siempre que el Asegurado se encuentre internado.

3.- Medicamentos y otras sustancias

3.1 Medicamentos.

Costo de medicamentos que sean prescritos por los Médicos tratantes.

3.2 Oxígeno.

Gastos originados por el consumo de oxígeno dentro del Hospital.

3.3 Transfusiones.

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

4.- Servicios de diagnóstico

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

Si la Póliza es renovada anualmente sin interrupción alguna y exista Suma Asegurada disponible para el Siniestro, se continuará pagando los gastos complementarios de los Siniestros ocurridos en vigencias anteriores de esta Póliza.

Cuando la suma Asegurada asignada a un siniestro se agote, está no será reinstalable para el mismo siniestro.

SECCIÓN IV. PERIODOS DE ESPERA

Los Periodos de Espera estipulados serán aplicables para cada Asegurado.

Los siniestros estarán sujetos a cumplir los periodos de espera definidos a continuación:

Periodo de espera de 30 días

Cualquier eventualidad por concepto de enfermedad con excepción de accidentes o las siguientes urgencias médicas:

Intoxicación, Apendicitis, Aneurisma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Infección Severa repentina que arriesgue la vida, Infarto al Miocardio, Politraumatismos y Trombosis Pulmonar profunda.

Periodo de espera de 10 meses

a. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Se cubre con la suma asegurada de la póliza):

- Embarazo extrauterino.
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Mola hidatiforme (Embarazo Molar).
- Fiebre puerperal.
- Placenta previa.
- Placenta acreta.

b. En caso del recién nacido:

Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de padecimientos congénitos así como todas sus manifestaciones y/o complicaciones que sean presentados se consideraran como un sólo evento. De igual forma se cubre los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de prematurez y/o complicaciones así como tratamientos médicos y/o quirúrgicos para corregir el estrabismo, siempre y cuando la madre Asegurada haya cumplido con el periodo de espera de 10 meses a la fecha de nacimiento del nuevo Asegurado.

Periodo de espera de 12 meses

- a) Padecimientos ginecológicos.
- b) Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
- c) Insuficiencia del piso perineal.
- d) Cáncer.
- e) Litiasis renal y en vías urinarias.

Periodo de espera de 24 meses

- a) Nariz.
- b) Senos paranasales.
- c) Amigdalectomía.
- d) Adenoidectomía.
- e) Hernias de cualquier tipo.
- f) Tumoraciones mamarias.
- g) Padecimientos anorectales.
- h) Prostáticos.
- i) Várices.
- j) Cataratas.
- k) Rodilla.
- l) Ácido-pépticos.
- m) Columna vertebral.
- n) Cirugía para corregir defectos de refracción.

Periodo de espera de 36 meses

Circuncisión.

Periodo de espera de 48 meses

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Para determinar el cumplimiento del plazo de los periodos de espera definidos, se contarán los días transcurridos desde la fecha de alta del asegurado en esta póliza p última rehabilitación, la que resulta posterior, y la fecha del siniestro. Si la diferencia anterior es mayor a los plazos definidos se puede concluir que cumple con el periodo de espera.

Para efecto de cumplir con los periodos establecidos en esta sección. Cada asegurado acumula antigüedad en esta póliza desde su fecha de alta en la póliza inicial o última rehabilitación, la que resulte posterior, y en cada renovación subsecuente, siempre que haya estado vigente ininterrumpidamente.

Para efectos de este seguro no se podrán reducir los periodos de espera por ninguna causa.

SECCIÓN V. BENEFICIOS ADICIONALES

AYUDA POR MATERNIDAD

El presente beneficio otorga una ayuda para maternidad en caso de internamiento en hospitales de la RED, por la atención de parto o cesárea. La suma asegurada será como máximo de \$15,000.00 pesos en moneda nacional (M.N.), si el monto de los gastos erogados es mayor a esta cantidad, la diferencia correrá a cargo del Asegurado.

Dicho beneficio tiene un periodo de espera de 10 meses.

SECCIÓN VI. INDEMNIZACIÓN EN HOSPITALES FUERA DE LA RED

Si el asegurado no elige los proveedores de la RED por la ocurrencia de un accidente o urgencia médica que requiera de un internamiento mayor a 24 hrs, el asegurado podrá acudir con cualquier proveedor de servicio médico autorizado por la Secretaría de Salud.

Para la recuperación de los gastos efectuados deberá de realizar un trámite de reembolso ante Seguros Atlas, el monto de dicho gastos no podrá exceder a los autorizados para la RED.

Para efectos de este contrato se consideran urgencias médicas las siguientes:

Intoxicación, Apendicitis, Aneurisma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Infección Severa repentina que arriesgue la vida, Infarto al Miocardio, Politraumatismos y Trombosis Pulmonar profunda.

Para el trámite de reembolso deberá de presentar a Seguros Atlas:

1. Formato de Informe médico.
2. Formato de aviso de accidente o enfermedad.
3. Carta Remesa.
4. Todos los estudios médicos de la atención hospitalaria.
5. Facturas de los gastos médicos.

Seguros Atlas se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento necesario para la dictaminación del siniestro.

SECCIÓN VII. EXCLUSIONES

Con excepción de lo específicamente cubierto, y salvo pacto expreso en contrario entre el Contratante y Seguros Atlas, la Póliza no cubre los Gastos Médicos de:

1. **Complicaciones derivadas de Padecimientos, Cirugías y Tratamientos expresamente excluidos en el contrato.**
2. **Padecimientos Congénitos, a excepción de lo indicado en el inciso b) de la sección IV.**
3. **Padecimientos ocasionados por los efectos del alcohol o enervantes.**
4. **Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no.**
5. **Padecimientos producidos por explosión y/o contaminación nuclear o radioactiva.**
6. **Padecimientos que se originen por practicar o participar en:**
 - A. **Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - B. **Actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado, o la riña cuando el Asegurado sea el provocador.**
 - C. **Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.**
 - D. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
 - E. **Conducción de motocicletas o vehículos de motor, ya sea como piloto o acompañante.**
 - F. **Cualquier deporte de forma profesional.**
 - G. **La ejecución de equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.**
7. **Cirugía o tratamiento médico de endometriosis, esterilidad o infertilidad.**
8. **Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.**
9. **Cirugía o tratamiento médico para control de la natalidad.**
10. **Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.**
11. **Tratamiento de calvicie u obesidad.**
12. **Tratamiento de trastornos de la personalidad, emocionales o mentales que no sean derivados directamente de una alteración órgano-funcional así como cualquiera de sus consecuencias.**
13. **Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival, que sea necesario a consecuencia de una Enfermedad.**

14. Tratamiento médico de Amigdalitis o Adenoiditis.
15. Tratamientos realizados por Quiroprácticos o Acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido prescrito por el médico tratante para Padecimientos cubiertos por la Póliza.
16. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
17. Tratamiento o cirugía experimental.
18. Aborto, Embarazo, Legrado Obstétrico causado por tratamientos anticonceptivos, Partos Anormales, Partos Normales, Cesáreas, Partos Prematuros y Maternidad.
19. Por Cirugía o tratamiento médico fuera de la RED proporcionados por familiares directos del Asegurado, por instituciones o personas no autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.
20. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como "CHECK-UPS".
21. Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
22. Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
23. Intentos de suicidio o lesiones auto infligidas.
24. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
25. Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.
26. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.
27. Tratamiento médico para corregir defectos de refracción.
28. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus Dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
29. Cualquier procedimiento practicado en consultorio que no requiera quirófano ni hospitalización para realizarse, así como todos los gastos erogados fuera del hospital, clínica o sanatorio donde se recibió la atención médica y/o quirúrgica.
30. Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
31. Seguros Atlas no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social, o cualesquiera otros semejantes con atención gratuita.
32. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el aumento de peso, y el acné.

33. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.

34. Cualquier tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción y sus complicaciones.

SECCIÓN VIII. CLÁUSULAS GENERALES.

1. Contrato

Los documentos que a continuación se mencionan constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlas: la Solicitud de Seguro, la Carátula de Póliza, Condiciones Generales, el Registro de Asegurados, los Recibos de Pago, Endosos, Condiciones Especiales y Lista de Asegurados con Padecimientos Excluidos.

2. Vigencia

La vigencia de este contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la Póliza.

3. Territorialidad

La Póliza sólo ampara los Gastos Médicos Cubiertos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos.

4. Moneda

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

5. Régimen fiscal

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

6. Notificaciones

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

7. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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.

8. Modificaciones

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

9. Comisiones

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

10. Agravación del riesgo

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

11. Otros seguros

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

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

12. Edad

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

a) Límites de edad.

La edad máxima de los Asegurados, para ser aceptados en la Póliza es de 64 años, con renovación hasta los 69 años. El Asegurado que haya cumplido 70 años de edad, será dado de baja del seguro en el aniversario de la Póliza.

b) Comprobación.

Seguros Atlas se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez efectuada ésta, Seguros Atlas realizará la anotación respectiva, sin que pueda pedir nuevas pruebas.

c) Ajuste de indemnización.

Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de Seguros Atlas 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. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Seguros Atlas estará obligada a reembolsar la diferencia entre la Prima pagada y la que habría sido necesario pagar para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Para los cálculos que exige este apartado se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

d) Recuperación.

Si Seguros Atlas hubiere pagado alguna indemnización al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del primer párrafo del inciso "c" de esta cláusula, incluyendo los intereses respectivos.

13. Primas y obligaciones de pago

Los siguientes procedimientos se cubrirán de acuerdo a lo indicado a continuación:

a. Obligaciones de pago

Las Primas convenida en su totalidad deberán ser pagadas por el Contratante.

b. Prima

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y la obligación corresponderá a la prima anual.

La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije Seguros Atlas al momento de la celebración del contrato.

c. Recibo de pago

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

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

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

d. Periodo de gracia

El Contratante cuenta con un periodo de gracia de 15 días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el mismo. Si no hubiese sido pagado dicho Recibo dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

e. Medio de pago

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

Cuando el medio de pago sea un cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica, el estado de cuenta o recibo donde aparezca el folio o número de confirmación de dicha transacción hará prueba del pago.

14. Altas

Podrá darse de alta cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de “Dependientes”, mediante el llenado de la solicitud por parte del Contratante y aceptación de Seguros Atlas.

15. Bajas

Causarán baja de la cobertura de la Póliza, cualquier Asegurado que fallezca, o bien que siendo cónyuge, se separe legalmente del Asegurado Titular.

16. Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato

El Solicitante está obligado a declarar por escrito a Seguros Atlas, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

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

17. Terminación anticipada del contrato

El Contratante podrá dar por terminado este contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso escrito a Seguros Atlas, con al menos 15 días anteriores a la fecha en que termine el contrato.

Si ocurre algún Siniestro dentro de la vigencia de la Póliza y la siniestralidad es mayor o igual al 79% de la Prima Neta devengada, será improcedente la devolución de Prima Neta pagada y no devengada al Contratante.

En caso de que la siniestralidad de la Póliza sea menor al 79% de la Prima Neta devengada, el Contratante tendrá derecho a recuperar el 79% de la Prima Neta pagada y no devengada. La devolución de la proporción de prima correspondiente se pagará antes de los 30 días hábiles contados a partir de la fecha en que el Contratante solicite la devolución.

18. Rehabilitación

No obstante lo establecido en la cláusula de “Primas y obligaciones de pago”, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su Póliza dentro de los 30 días posteriores al Periodo de Gracia.

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

19. Renovación

El Contratante para renovar la Póliza tendrá que solicitarlo por escrito a Seguros Atlas dentro de los 30 días anteriores al fin de vigencia del contrato.

Seguros Atlas aplicará en la renovación, condiciones de cobertura congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se modificarán Periodos de Espera, no se reducirán los límites de Edad, ni se solicitaran nuevos requisitos de asegurabilidad. Así mismo la RED médica y hospitalaria será similar a la originalmente contratada.

El incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los procedimientos técnicos y parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los Estándares de Práctica Actuarial. Así mismo se actualizará el Deducible y modalidades de Coaseguro contratado conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica correspondiente.

Seguros Atlas informará con al menos 20 días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la Prima, Deducible, modalidades de Coaseguro aplicables a la misma.

En el caso de Asegurados que a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestren que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, Seguros Atlas a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los Gastos Médicos que se hubiesen derivado de Padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las Primas que en su caso debió pagar a Seguros Atlas durante el periodo que estuvo incapacitado.

En los casos en que por cualquier causa Seguros Atlas suspenda la operación de seguros de Gastos Médicos Mayores, los Asegurados con Siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los Gastos Médicos, descontando a cada año, de los saldos reclamados, la Prima que le hubiese correspondido pagar por la renovación del seguro. Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado Titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

20. Pago de gastos médicos complementarios

Si la Póliza es renovada de forma ininterrumpida en Seguros Atlas y existe Suma Asegurada disponible para el Siniestro, se continuarán pagando los gastos complementarios de los Siniestros ocurridos en vigencias anteriores de la Póliza contratada con Seguros Atlas.

21. Comprobación del Siniestro

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

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

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

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

22. Compensación de Primas contra siniestros

Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar las Primas que se le adeuden, con la indemnización debida al Asegurado de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

23. Aplicación de Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada

El Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada serán estipulados en la carátula de la póliza y aplicados para cada Padecimiento procedente.

La indemnización correspondiente se calculará de la siguiente forma:

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

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

24. Plazo para el pago de Indemnizaciones

Seguros Atlas pagará al Asegurado, o a quien corresponda, la indemnización que resulte del contrato de Seguro, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

25. Interés moratorio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

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

26. Periodo de Beneficio

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

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

27. Preexistencia

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

- a) **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante 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 Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.

28. Arbitraje médico

Cuando Seguros Atlas determine como improcedente la reclamación de los Gastos Médicos por un padecimiento considerado preexistente, de conformidad con la cláusula de “**Preexistencia**” de estas Condiciones Generales, y a elección del Contratante y/o Asegurado, se podrá resolver esta controversia mediante un Arbitraje Médico independiente. Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado comunicará por escrito a Seguros Atlas su decisión de someterse al Arbitraje Médico.

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

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

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

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

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

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

29. 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, dicho plazo 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.

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

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

30. Competencia

En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Seguros Atlas S.A., ubicada en Paseo de los Tamarindos No. 60, P.B. Col. Bosques de las Lomas, en México D.F., C.P. 05120 o dirigir un correo electrónico a segatlas@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Asimismo podrán acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, P.B., Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100, con teléfonos: (55) 5340-0999, y lada sin costo 01 (800) 999-8080, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, página web: www.condusef.gob.mx o a cualquiera de sus delegaciones dentro de la República Mexicana; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 12 de Febrero de 2016, con el número CNSF-S0023-0127-2016.”

Anexo

RED DE HOSPITALES DEL CMH (CONSORCIO MEXICANO DE HOSPITALES)

Estado	Ciudad	Nombre comercial
Baja california	Ensenada	Hospital Velmar
Baja california	Mexicali	Hospital Almater
Baja california	Tijuana	Hospital del Prado
Baja california sur	Cabo San Lucas	Hospital H+
Baja california sur	Cabo san Lucas	American Medical Center
Baja california sur	La paz	Medical Center
Chihuahua	Cd. Juárez	Poli plaza Médica
Chihuahua	Chihuahua	Clínica Panamericana
Coahuila	Saltillo	Centro Hospitalario la Concepción
Coahuila	Torreón	Hospital Club de Leones
Distrito federal	Miguel hidalgo	Grupo Torre Medica
Estado de México	Toluca	Hospital San Ricardo
Guanajuato	León	Hospital Medica Campestre
Guerrero	Acapulco	Hospital Farallon
Jalisco	Guadalajara	Salutaris
Morelia	Morelia	La Luz
Morelos	Cuernavaca	Hospital Morelos
Nuevo león	Montemorelos	Hospital la Carlota
Nuevo león	Monterrey	Ginequito
Nuevo león	Monterrey	Hospitaria
Oaxaca	Oaxaca de Juárez	Hospital Molina
Querétaro	Querétaro	Hospital Medica Tec 100
Querétaro	Querétaro	Hospital Medica Tec 100 Sma
Querétaro	San Juan del Rio	Centro Médico Coscamí
Quintana roo	Cancún	Hospital Galenia
Quintana roo	Chetumal	Centro Medico Chetumal
San Luis potosí	Ciudad valles	Hospital Mediscin
Sinaloa	Los Mochis	Hospital Fátima
Sinaloa	Mazatlán	Hospital Sharp
Sonora	Hermosillo	Centro Medico del Noroeste
Sonora	San Luis Rio Colorado	Hospital Santa Margarita
Tabasco	Villahermosa	Hospital Air
Tamaulipas	Matamoros	Centro Medico Internacional
Tamaulipas	Nuevo Laredo	Hospital de Especialidades Nuevo Laredo
Tamaulipas	Reynosa	Hospital Regional del Río
Tamaulipas	Tampico	Cemain
Yucatán	Mérida	Hospital de las Américas
Zacatecas	Guadalupe	Hospital San Agustín

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

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

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

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

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

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

Para que conozcas las condiciones generales de nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web:

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

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

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza de seguro por eventos procedentes, cuando ocurran dentro del periodo de gracia aunque todavía no hayas pagado la prima en dicho periodo, en cuyo caso la Compañía descontará de la indemnización correspondiente la prima pendiente de pagar.
- Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente.
- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

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

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