

Condiciones Generales

Seguro de Gastos Médicos Mayores
Individual o Familiar
Atlas Med Plus Elite

Junio/2018

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.

Contenido

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes	2
Sección I. Definiciones	7
Sección II.I Coberturas Básicas.....	13
1. Cobertura de Gastos Médicos	13
1.1. Gastos Hospitalarios	13
1.1.1. Cuarto de Hospital.....	13
1.1.2. Estancia en salas	13
1.1.3. Suministros de Hospital	13
1.2. Honorarios Médicos	13
1.2.1. Honorarios Quirúrgicos.....	13
1.2.2. Honorarios de las Enfermeras.	13
1.2.3. Honorarios Médicos por consulta.....	13
1.3. Medicamentos y otras sustancias.....	14
1.3.1. Medicamentos.	14
1.3.2. Oxígeno.....	14
1.3.3. Transfusiones.....	14
1.4. Servicios de diagnóstico.....	14
1.5. Servicios de ambulancia	14
1.5.1. Ambulancia terrestre.....	14
1.5.2. Ambulancia aérea.....	14
1.6. Insumos y otros servicios médicos	15
1.6.1. Prótesis.	15
1.6.2. Renta de equipo.	15
1.6.3. Terapias.	15
2. Cobertura de Gastos Médicos Catastróficos en el Extranjero	16
2.1. Descripción de la cobertura.....	16
2.1.1. Padecimientos médicos.....	16
2.1.2. Procedimientos quirúrgicos.....	17
2.1.3. Tratamientos médicos	18
2.2. Periodo de espera.....	18
2.3. Tratamiento de siniestros por reembolso.....	18
2.4. Exclusiones para la cobertura de Gastos Médicos Catastróficos en el Extranjero	19

Sección II.II Procedimientos sujetos a condiciones específicas.....	20
1. Amigdalectomías o Adenoidectomías.....	20
2. Circuncisión.....	20
3. Cirugía Bariátrica.....	20
4. Cirugías con Robot Da Vinci.....	20
5. Cirugía de Hallux Valgus.....	20
6. Cirugía de Nariz y Senos Paranasales.....	21
7. Cirugía de Rodilla.....	21
8. Cirugía o tratamiento médico de Cifosis, Lordosis o Escoliosis.....	21
9. Cirugía o tratamiento médico de Endometriosis.....	21
10. Cirugía para corregir Defectos de Refracción.....	21
11. Legrado Ginecológico.....	21
12. Litotripsias.....	21
13. Trasplante de Órganos.....	21
14. Tratamiento de Células Mesenquimales.....	21
14.1. Tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas (PRP).....	22
14.2. Tratamiento con Células Madre.....	22
15. Tratamiento por daño psiquiátrico.....	23
Sección II.III Padecimientos sujetos a condiciones específicas.....	25
1. Padecimientos Congénitos.....	25
2. Recién nacidos prematuros.....	25
3. Tratamiento de Eventraciones.....	25
4. Embarazo y parto.....	25
5. SIDA.....	26
Sección III. Periodos de Espera.....	28
Sección IV. Exclusiones.....	30
Sección V. Cláusulas Generales.....	32
1. Contrato.....	32
2. Vigencia.....	32
3. Territorialidad.....	32
4. Moneda.....	32
5. Régimen fiscal.....	32

6.	Notificaciones	32
7.	Rectificación de la Póliza	32
8.	Modificaciones.....	33
9.	Comisiones.....	33
10.	Agravación del riesgo.....	33
11.	Otros seguros.....	34
12.	Edad.	35
13.	Primas y obligaciones de pago.....	35
14.	Altas.....	36
15.	Bajas.....	36
16.	Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato.	36
17.	Terminación anticipada del contrato.....	36
18.	Rehabilitación.....	37
19.	Renovación.	37
20.	Aviso.	38
21.	Procedimientos para pago de Siniestros	39
22.	Pruebas y comprobación del Siniestro.	40
23.	Compensación de Primas contra Siniestros.	40
24.	Suma Asegurada aplicable al Siniestro.	41
25.	Gastos en moneda extranjera.	41
26.	Aplicación de Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada.....	41
27.	Plazo para el pago de Indemnizaciones.....	42
28.	Interés moratorio.	43
29.	Periodo de Beneficio.	45
30.	Hospitales o Sanatorios de beneficencia.....	45
31.	Relaciones del Asegurado con los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios	45
32.	Pago de Gastos Médicos complementarios.	45
33.	Preexistencia.....	45
34.	Arbitraje Médico.	46
35.	Prescripción.	47
36.	Competencia.....	47
	Condiciones de Endosos y Servicios adicionales para Gastos Médicos Mayores	49

Endoso de Asistencia Funeraria Internacional	50
Endoso para Reconocimiento de Antigüedad	52
Endoso de Ayuda por Maternidad.....	53
Endoso para Cobertura vitalicia	54
Endoso de Med Asistencia.....	55
Endoso de Visión Atlas Med	72
Endoso para Cobertura de Emergencia en el Extranjero	75
Endoso de Gastos Funerarios	77
Endoso para Cobertura en Franja Fronteriza.....	78
Endoso de Regionalización.....	79
Endoso por Continuación Familiar	80
Endoso Dental Atlas Med	82
Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s)	90

Sección I. Definiciones

Con el fin de interpretar las Condiciones generales, particulares y/o especiales estipuladas en 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 sobre la que operan 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. Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

Documento contractual que estipula los importes máximos a indemnizar por concepto de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

5. Coaseguro.

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

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Cuadro de Especificaciones.

Documento contractual que forma parte de la Póliza que sirve como guía de aplicación de los conceptos enlistados en el documento.

11. Deducible.

Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que se especifica en la carátula de la Póliza.

12. Dependiente Económico.

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

13. Emergencia Médica.

Alteración repentina del estado de salud del Asegurado, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos o críticos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal, una función o la viabilidad de alguno de sus órganos. La Emergencia Médica desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del Asegurado.

14. Endoso.

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

15. Enfermedad.

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

16. Enfermedad Congénita.

Enfermedad con la cual se nace.

17. Enfermera.

Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser Enfermera general o especializada.

18. Extraprima.

Cantidad adicional de Prima, que el Asegurado se obliga a pagar a Seguros Atlas, por cubrir un Riesgo Agravado.

19. Familia Asegurada.

El Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos que se encuentran amparados por la Póliza.

20. 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.

21. Honorarios Médicos.

Pago que obtiene el Médico profesional independiente legalmente reconocido, por los servicios Médicos que presta a los Asegurados.

22. Hospital o Sanatorio.

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

23. Hospitalización.

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

24. Hospitalización por Cirugía Ambulatoria.

Es la estancia en una institución legalmente autorizada para la atención médica, siempre y cuando el Asegurado sea ingresado para un procedimiento quirúrgico de corta estancia.

25. Legrado Ginecológico.

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

26. 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.

27. Lesión.

Alteración órgano-funcional que se deriva de cualquier Accidente.

28. Médico.

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

29. Padecimiento.

Término genérico para referirse a una Enfermedad o Accidente.

30. Preexistencia

Se consideran Padecimientos preexistentes:

Los 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.

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

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.

31. 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 a estos proveedores Médicos.

32. Periodo al descubierto.

Intervalo de tiempo durante el cual la póliza no está pagada, por lo que quedan suspendidos los beneficios de este contrato es decir no procederán el pago de reclamaciones. Se genera por falta de pago de Primas.

33. Periodo de Espera.

El lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado, para que se pueda cubrir un Padecimiento o procedimiento de acuerdo a las especificaciones de la Póliza y de las Condiciones generales.

34. Periodo de Gracia.

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

35. Plan.

Se conforma por los siguientes componentes de la Póliza:

Se define por la red hospitalaria, Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, territorialidad, Endosos y condiciones especiales de contratación, y aquellos que indican al Asegurado los beneficios a los que tiene derecho.

36. 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.

37. 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.

38. Prima.

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

39. 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.

40. Seguros Atlas.

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

41. Siniestro.

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

42. Suma Asegurada.

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

43. Tarjeta de Identificación.

Tarjeta que se entrega al Asegurado Titular y en su caso a los Dependientes Económicos, que les servirá como identificación ante los prestadores de servicios Médicos y Hospitalarios en convenio.

44. Tope de Coaseguro.

Monto máximo que pagará el Asegurado por concepto de Coaseguro en cada Siniestro procedente reclamado a Seguros Atlas.

45. Tratamiento Médico.

Tratamiento Médico NO quirúrgico

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.**

Tratamiento Médico quirúrgico

Es el medio de tipo quirúrgico que tiene 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.

46. UMA.

Unidad de Medida y Actualización publicada en el Diario Oficial de la Federación.

47. UMAM.

Es la Unidad de Medida y Actualización Mensual, se obtiene de multiplicar 30.4 por el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMA).

48. Urgencia Médica.

Situación en la cual el Asegurado se encuentra en un estado de salud crítico, no existe riesgo inminente de muerte, pero requiere una atención médica, para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores del Padecimiento cubierto. La Urgencia Médica desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del Asegurado.

49. USD.

(United States Dollar) Siglas empleadas para referirse a Dólares Estadounidenses.

Definiciones complementarias de Enfermedades:

50. Angioplastia.

Intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación para la corrección de estrechamiento u obstrucción de Arterias Coronarias.

51. 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.

52. Enfermedad Cerebrovascular.

Padecimiento que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales. Cualquier alteración, transitoria o permanente, de una o varias áreas del encéfalo como consecuencia de un trastorno de la circulación cerebral.

53. Enfermedades Cerebrales.

Padecimiento originado por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas).

54. Insuficiencia renal crónica.

La etapa final de una Enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

55. Neurocirugía.

Es una intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye: el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

56. Quemadura de tercer grado.

Es aquella quemadura donde están comprometidas todas las capas de la piel y se afectan los tejidos que se encuentran debajo de la piel.

57. Sepsis Severa.

Enfermedad en la cual el cuerpo tiene una respuesta grave a bacterias u otros microorganismos. El cuadro patológico se origina por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas en un foco infeccioso, ocasionando la penetración permanente o periódica de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea. Ocasionando una falla a la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y originando que no se produzca una curación espontánea por existir una situación reactiva especial en el organismo como falta de anticuerpos, defensas bajas, tratamiento inmunosupresor o citostático.

58. SIDA.

Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), significa: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

59. Trasplante de Órganos.

Procedimiento quirúrgico mediante el cual se inserta en el cuerpo de un Asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), provenientes de un donante fallecido o vivo.

60. Trauma Mayor.

Lesión física interna o externa provocada por un hecho violento exterior, y por el cual el paciente puede sufrir incapacidad grave.

Sección II.I Coberturas Básicas

1. Cobertura de Gastos Médicos

Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un Padecimiento cubierto el Asegurado se somete a un Tratamiento Médico o quirúrgico, Seguros Atlas pagará o reembolsará al Asegurado o beneficiario los Gastos Médicos que se encuentren cubiertos por este Contrato de Seguro hasta agotar la Suma Asegurada o periodo de pago de Cobertura contratado, lo que ocurra primero.

Los siguientes conceptos se consideran Gastos Médicos cubiertos por la Póliza, si son medicamento prescritos y estrictamente necesarios para el tratamiento de los Padecimientos que afecten al Asegurado.

Cualquier Gasto Médico que no sea indicado en esta sección se considerará no cubierto, quedando éste a cargo del Asegurado.

1.1. Gastos Hospitalarios

1.1.1. 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.

1.1.2. Estancia en salas

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

1.1.3. Suministros de Hospital

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

1.2. Honorarios Médicos

1.2.1. Honorarios Quirúrgicos

Honorarios de cirujanos, anestesiólogos y ayudantes, hasta el límite establecido en la Póliza y el monto indicado para cada operación en el “Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos” del contrato.

Cuando se realice una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico, se procederá según lo establecido en el “Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos”.

1.2.2. Honorarios de las Enfermeras.

1.2.2.1. Dentro del Hospital.

Honorarios de Enfermera general o especial, asignada por los roles establecidos en el Hospital.

1.2.2.2. Fuera del Hospital.

Cuando sea prescrito por el Médico tratante y medicamento necesario, se cubrirán los honorarios por visitas de Enfermera general o especial, con un máximo de 3 turnos durante 30 días.

1.2.3. Honorarios Médicos por consulta.

El monto de honorarios por consultas o visitas médicas Hospitalarias se sujetará a lo indicado en el “Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos”.

- Cuando el Asegurado deba someterse a Tratamiento Médico que amerite cirugía se cubrirán las consultas pre y post-operatorias como máximo 2 de cada una de ellas.

- Cuando el Asegurado se encuentre Hospitalizado se cubrirán como máximo 2 visitas diarias Hospitalarias por especialista, siempre que sea necesaria su participación en el tratamiento Hospitalario.

1.3. Medicamentos y otras sustancias

1.3.1. Medicamentos.

Costo de medicamentos que sean prescritos por los Médicos tratantes.

Solo en caso de que el medicamento prescrito no esté autorizado para su distribución en México, deberá contar con un permiso de importación emitido por la Comisión Nacional para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

El medicamento importado que no esté autorizado para su distribución en México deberá contar con la aprobación para ser distribuidos de la Food and Drug Administration (FDA) o European Medicines Agency (EMA). En cuyo caso se aplicara un coaseguro del 20% independientemente del coaseguro contratado, no aplicara tope de coaseguro ni beneficio de pago directo.

1.3.2. Oxígeno.

Gastos originados por el consumo de oxígeno dentro del Hospital, y sólo con la prescripción del Médico tratante se cubrirán estos gastos fuera del Hospital.

1.3.3. Transfusiones.

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

1.4. 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.

1.5. Servicios de ambulancia

1.5.1. Ambulancia terrestre.

Cuando sea recomendado por el Médico tratante y/o necesario de acuerdo con las condiciones de salud del Asegurado, se cubrirá el costo del servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el Hospital.

1.5.2. Ambulancia aérea.

Previa prescripción del Médico tratante sobre la necesidad del traslado en ambulancia aérea, serán cubiertos los gastos del servicio aéreo de ambulancia para transportar al Asegurado afectado del Hospital en que se encuentre al Hospital de destino.

Si el Asegurado contrata el servicio de ambulancia aérea en forma directa, no habrá Reembolso de los gastos realizados.

Seguros Atlas brindará a través de sus proveedores de servicios, las facilidades para llevar a cabo el traslado en ambulancia aérea, mismo que no podrá ser realizado cuando:

- El Hospital de destino no haya dado su aprobación, para que el Asegurado sea atendido en sus instalaciones.

- El paciente por cualquier circunstancia se encuentre en calidad de detenido por las autoridades.
- Los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permitan efectuar la operación segura de transporte.
- Por estado de guerra, disposición legal o prohibición de autoridades competentes sea imposible llevar a cabo el traslado.
- El paciente no tenga identificación oficial vigente.
- Falta de una autorización expresa para transportar al afectado por parte de un Médico que certifique la estabilidad clínica del Asegurado.

En cualquier caso los criterios Médicos serán la base para determinar la prioridad con que un Asegurado pueda ser transportado.

1.6. Insumos y otros servicios médicos

1.6.1. Prótesis.

Costo de prótesis que se requiera a causa de un Padecimiento ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

1.6.2. Renta de equipo.

Gastos por la renta de equipo Hospitalario y aparatos ortopédicos.

1.6.3. Terapias.

Costo de los servicios de terapia física y radioterapia.

2. Cobertura de Gastos Médicos Catastróficos en el Extranjero

2.1. Descripción de la cobertura

Si el Asegurado se ve precisado a someterse a un tratamiento médico o quirúrgico en el extranjero, Seguros Atlas pagará de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Suma Asegurada de 1'000,000 USD.
- Deducible contratado en la Póliza.
- Coaseguro contratado en la Póliza.
- Tope de Coaseguro, No aplica.
- Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, independientemente del catálogo de honorarios quirúrgicos y Médicos contratado para gastos en territorio nacional, en el extranjero el pago de Honorarios Médicos se sujetará al límite inferior del catálogo Physicians' Fee & Coding Guide (Fee Range).
- **Esta Cobertura sólo aplica para Asegurados que únicamente tienen contratada Cobertura en territorio nacional.**

Nota: Independientemente que el asegurado haya participado con su Deducible y Coaseguro en territorio Nacional, al atenderse en extranjero para esta cobertura deberá participar nuevamente con su Deducible y Coaseguro contratado en la póliza.

Se cubren los siguientes Gastos Médicos derivados de:

2.1.1. Padecimientos médicos

A. Cáncer

Para los Gastos Médicos relacionados con Cáncer se cubre la cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. No estará cubierto cualquier tipo de Cáncer no invasivo in-situ, ni el Cáncer de piel, excepto el melanoma maligno invasivo (a partir del Nivel Clark III).

B. Politraumatismo

Para los Gastos Médicos relacionados con Politraumatismo se cubre el Tratamiento Médico quirúrgico para el paciente con Trauma Mayor y las rehabilitaciones.

C. Quemaduras graves

Quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos 20% de la superficie del cuerpo.

D. Sepsis severa

Para considerar que se ha presentado una Sepsis Severa, deberá ser indispensable terapia en una unidad de cuidados intensivos y, presentarse al menos cuatro de los siguientes fenómenos:

1. Cultivo de sangre positivo
2. Temperatura rectal mayor que 38.5 grados
3. Anemia

4. Leucocitosis (>12.000) o leucopenia (< 4.000)
5. Trombocitopenia < 150.000
6. Trastornos en la coagulación
7. Acidosis metabólica

2.1.2. Procedimientos quirúrgicos

A. Neurocirugía

Con la Cobertura de este procedimiento se cubren también Enfermedades cerebro/vasculares y las neoplasias.

Se cubren los siguientes padecimientos siempre y cuando ocurran las siguientes condiciones:

- **Enfermedad cerebro/vascular.**

Por secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esta situación incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una Hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

- **Enfermedades cerebrales (Tumores benignos o malformaciones vasculares)**

Condicionado a que se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

B. Cirugía cardíaca

Se cubren únicamente Enfermedades de las Arterias Coronarias (Cirugía de dos o más arterias coronarias para corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización “by-pass”, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho) que requieren cirugía o Angioplastias (siempre y cuando se demuestre obstrucción en más del 70% de dos o más arterias).

C. Trasplante de órganos

La implantación de órganos sólo se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles, o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida, y que sean realizados por Médicos e instituciones registradas y legalmente habilitadas por las autoridades competentes.

Se cubre el trasplante de uno o alguna combinación de los siguientes órganos, siempre que sea médicamente necesario: corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, algunos trasplantes de médula ósea, los cuales se indican más adelante.

Trasplantes de médula ósea cubiertos:

- *Trasplante autólogo de médula ósea para tratar:*
 1. Linfoma de no-Hodgkin, estadio III A o B; o estado IV A o B.
 2. Linfoma de Hodgkin, estadio III A o B; o estado IV o B.
 3. Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 4. Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 5. Tumores de célula germen (gameto).
- *Trasplante alogénico de médula ósea para tratar:*
 1. Anemia aplásica.
 2. Leucemia aguda.
 3. Inmunodeficiencia combinada severa.
 4. Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albert Schonberg).
 6. Leucemia mielógena crónica (LMC).
 7. Neuroblastoma estadio III o IV en niños mayores de un año.
 8. Beta talasemia homocigota (talasemia mayor).
 9. Linfoma de Hodgkin, estadio III A o B; o estado IV A o B.
 10. Linfoma de no-Hodgkin, estadio III o estado IV.

Los Trasplantes de médula ósea con fines experimentales no están cubiertos.

2.1.3. Tratamientos médicos

Tratamiento por Insuficiencia renal crónica (diálisis).

2.2. Periodo de espera

Si el diagnóstico de alguno de los conceptos cubiertos fue realizado por primera vez durante el periodo de 90 días consecutivos a partir del inicio de la primera vigencia de la cobertura con Seguros Atlas y siempre que no sea accidente, se establecerá un periodo de espera de 2 años a partir del inicio de su contratación con Seguros Atlas.

No se cubrirá ninguna reclamación durante el periodo de espera señalado en el párrafo anterior.

2.3. Tratamiento de siniestros por reembolso

Efectos de los requisitos sobre los beneficios (Reembolso) para la cobertura de gastos médicos catastróficos en el extranjero:

En caso de que el Asegurado no cumpla con el requisito de autorización previa en relación con una Hospitalización o cirugía, el monto de beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por todos los servicios, tratamientos y suministros relacionados con la misma ocurrencia, será reducido por un Coaseguro de 20%, adicional al Coaseguro contratado bajo la Póliza de Gastos Médicos Mayores.

Independientemente del catálogo de honorarios quirúrgicos y médicos contratado para gastos en territorio nacional, en el extranjero el pago de honorarios médicos se sujetará al límite inferior del catálogo Physicians' Fee & Coding Guide (Fee Range).

Si el Asegurado no elige los proveedores de la red médica de Seguros Atlas, el Asegurado podrá acudir al proveedor de su preferencia y recibirá vía Reembolso su indemnización, sobre la base del gasto cubierto incurrido el Coaseguro contratado más 20 puntos porcentuales, adicional al Coaseguro contratado bajo la Póliza de Gastos Médicos Mayores.

Cuando el trámite de los Gastos Médicos sea a través de Pago Directo, no se elimina el pago del Deducible y solo se aceptará para Siniestros cuyo monto ascienda a los 3,000 USD, los Siniestros menores a este monto deberán tramitarse vía reembolso.

2.4. Exclusiones para la cobertura de Gastos Médicos Catastróficos en el Extranjero

En adición a las citadas en las Condiciones Generales de la Póliza, se aplicarán las siguientes exclusiones:

- 1. Tratamientos internacionales brindados a personas que permanecen fuera del territorio nacional por más de 90 días, durante la vigencia de la Póliza, contados a partir de iniciado el viaje.**
- 2. Tratamientos Médicos y/o procedimientos quirúrgicos en territorio nacional.**
- 3. Cualquier condición especial o Cobertura adicional negociada en la Póliza básica.**

Sección II.II Procedimientos sujetos a condiciones específicas

Salvo por lo expresamente señalado para cada procedimiento que a continuación se menciona, serán aplicables, los demás términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

1. Amigdalectomías o Adenoidectomías.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico después de transcurridos 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por Seguros Atlas.

2. Circuncisión.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico hasta por 5 UMAM, no aplica Deducible ni Coaseguro, siempre que:

- a) Sea por prescripción médica.
- b) Sea para menores y que la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas.
- c) Se solicite para adultos con 2 años de cobertura continua en Seguros Atlas.

3. Cirugía Bariátrica.

Se cubrirá los gastos de la Cirugía Bariátrica, previa valoración médica por parte de Seguros Atlas, a los Asegurados que tengan un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 unidades o que el índice mencionado sea mayor a 35 unidades y que padezca alguna Enfermedad relacionada con la obesidad.

Este procedimiento quirúrgico se cubrirá una sola vez en la vida del Asegurado siempre y cuando no se le haya realizado una Cirugía Bariátrica previa.

La cirugía deber ser realizada por un cirujano con certificación vigente para la realización de esta cirugía.

Todos los eventos durante la cirugía o post-operatorios serán considerados en su conjunto como un solo evento.

Se aplicará el Deducible y Coaseguro de la Póliza, con Suma Asegurada de 135 UMAM, esta Suma Asegurada no estará sujeta a reinstalación alguna.

A este procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera de 5 años de Cobertura continua en Seguros Atlas.

4. Cirugías con Robot Da Vinci.

Se cubren cirugías realizadas con el Robot Da Vinci con un Coaseguro del 20% para todo el tratamiento quirúrgico independientemente del Coaseguro contratado, no aplica beneficio de Pago Directo ni Tope de Coaseguro.

5. Cirugía de Hallux Valgus.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico, aplicando un Coaseguro del 50%. A este procedimiento se le aplicará un Periodo de Espera de 3 años de Cobertura continua con Seguros Atlas.

6. Cirugía de Nariz y Senos Paranasales.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico después de transcurridos 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por Seguros Atlas. Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda valoración médica, salvo que sea necesaria por Emergencia Médica o Accidente.

7. Cirugía de Rodilla.

Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda opinión médica, salvo que sea necesaria por una Emergencia Médica o Accidente.

8. Cirugía o tratamiento médico de Cifosis, Lordosis o Escoliosis.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico después de transcurridos 3 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por Seguros Atlas. Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda valoración médica, salvo que sea necesaria por una Emergencia Médica o Accidente.

9. Cirugía o tratamiento médico de Endometriosis.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento con el Deducible y Coaseguro de la Póliza. Si el Asegurado recibe atención médica de Hospitales y/o Médicos en convenio con Seguros Atlas, no habrá reducción del Deducible y ni del Coaseguro.

10. Cirugía para corregir Defectos de Refracción.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico a partir del 5 año de Cobertura continua en Seguros Atlas, aplicando un Coaseguro del 50%.

11. Legrado Ginecológico.

Se cubren los Gastos Médicos derivados de Legrado Ginecológico, a partir del 2 año de antigüedad reconocida.

12. Litotripsias.

Se cubre el costo de este procedimiento, con máximo de 4 sesiones. Periodo de Espera de 1 año a partir de la fecha de antigüedad reconocida (Litiasis en vías urinarias, biliares y en vesícula biliar).

13. Trasplante de Órganos.

Se cubren los Gastos Médicos del donador de órganos, cuando el Asegurado sea receptor del órgano hasta por \$90,000 pesos M.N.

14. Tratamiento de Células Mesenquimales.

Todos los gastos en que se incurra afectarán la Suma Asegurada del Siniestro, sin embargo, para todos los gastos relacionados directamente con el tratamiento de células mesenquimales en su conjunto, aplicará un límite máximo de Suma Asegurada de 75 UMAM por Padecimiento.

14.1. Tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas (PRP)

Se cubren los gastos por el Tratamiento Médico de Plasma Rico en Plaquetas en padecimientos cubiertos, en los siguientes casos:

- a) Tendinopatías
- b) Lesiones musculares
- c) Lesiones ligamentarias
- d) Artrosis
- e) Lesiones de cartílago articular
- f) Meniscopatías
- g) Contracturas
- h) Desgarros Musculares

Solo se cubrirá el tratamiento de PRP al Asegurado, si:

- Cuenta con un mínimo de plaquetas de 150,000/ml.
- No presenta algún tipo de infección o sintomatología (leucocitos menores a 110,000/ml).
- No está ingiriendo medicamentos que puedan alterar la función plaquetaria (antiinflamatorios no esteroideos, uso de corticoides).

14.1.1. Exclusiones particulares para el tratamiento de PRP:

No será procedente la indemnización correspondiente por el tratamiento PRP si el Asegurado ha sido diagnosticado previamente con una o más de las siguientes enfermedades:

1. **Cáncer en los últimos 5 años previos al procedimiento**
2. **Síndrome de disfunción plaquetaria**
3. **Trombocitopenia crítica**
4. **Septicemia**
5. **Enfermedades auto-inmunes descontroladas**
6. **Enfermedades cardiovasculares descontroladas**
7. **Infección o fiebre en los últimos 14 días previos al procedimiento**
8. **Infección en el sitio de procedimiento**

14.2. Tratamiento con Células Madre

Se cubren los gastos por el Tratamiento Médico de Células Madre Hematopoyéticas en padecimientos cubiertos, en los siguientes casos:

- a) Trasplante de médula ósea
- b) Osteoartrosis de grandes articulaciones
- c) Diabetes con problemas circulatorios en extremidades
- d) Parálisis cerebral
- e) Trastornos en discos intervertebrales.

14.2.1. Conceptos cubiertos

1. Estimulación celular con límite de 6 aplicaciones, previa a la extracción mediante punción.
2. Material clínico, quirúrgico y fármacos, utilizados para la extracción de la médula ósea.
3. Honorarios del especialista anestesiólogo, de acuerdo al tabulador contratado en la Póliza.

4. Honorarios del especialista hematólogo que haya realizado la extracción de la médula ósea al asegurado, de acuerdo al tabulador contratado en la Póliza.
5. Insumos y procesamientos en laboratorios especializados y autorizados.
6. Traslado del producto final al quirófano para la implantación de las células mesénquimas.

**14.2.2. Límites aplicables a los tratamientos de células madre
Se cubren como máximo 2 intentos.**

14.3. Condiciones aplicables a tratamientos de células mesenquimales

Los Gastos Médicos erogados por los tratamientos de células mesenquimales, se cubrirán de acuerdo a lo siguiente:

1. Sólo se cubrirá en Instituciones autorizadas para el manejo de estos productos biológicos, y autorizado mediante licencia sanitaria avalada por la Comisión Nacional para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). No se aceptaran intermediarios de distribución.
2. Solo se cubrirá cuando la obtención de tejido sea realizada por un hematólogo debidamente certificado en la materia.
3. El tratamiento debe programarse en coordinación con Seguros Atlas con 10 días hábiles de anticipación.
4. Se aplica el Deducible y Coaseguro de la Póliza, por lo cual no aplica la condición que pudiera tener contratada la Póliza referente a reducción de Deducible y/o Coaseguro así como bonificaciones por Pago Directo.
5. En lo referente a Honorarios Médicos o Quirúrgicos, aplica el tabulador contratado en la Póliza.
6. Solo se cubrirá mediante Pago Directo.
7. Deberá presentar: informe Médico, historia clínica completa y protocolo de estudio y tratamiento en el que avale ser candidato a este procedimiento y segunda valoración médica.
8. Se establece para los tratamientos un período de espera de 1 año en Seguros Atlas sin reconocimiento de antigüedad.

14.4. Exclusiones Generales tratamientos de células mesenquimales.

No se cubre el costo por la intervención de intermediarios para la obtención del producto.

15. Tratamiento por daño psiquiátrico.

Se cubren los Gastos Médicos del tratamiento psiquiátrico que requiera el Asegurado, si a juicio de su Médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico psiquiatra, requiere de dicho tratamiento.

15.1. Siempre que los padecimientos se encuentren cubiertos bajo las condiciones de la Póliza y sean como consecuencia de:

15.1.1. Accidente cuyas lesiones pongan en riesgo la vida del Asegurado.

15.1.2. Alguna de las siguientes enfermedades en fase terminal:

- a) Cáncer
- b) Accidente vascular cerebral
- c) Infarto al miocardio
- d) Insuficiencia renal
- e) Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias

f) SIDA

15.1.3. Haber sufrido alguno de los siguientes eventos:

- a) Politraumatizado
- b) Amputaciones
- c) Quemaduras de tercer grado

15.1.4. Si dentro de la vigencia de la Póliza contratada con Seguros Atlas ocurre uno de los siguientes eventos y esto se demuestra mediante la presentación del acta del Ministerio Público:

- a) Robo con violencia
- b) Secuestro
- c) Violación

15.2. Los Gastos Médicos cubiertos para el tratamiento de daño psiquiátrico son:

- Máximo 24 consultas por evento, quedando únicamente cubiertos los honorarios del médico psiquiatra hasta un máximo de 0.5 UMAM por consulta.
Si el asegurado estuviese en tratamiento por un evento enlistado y sufriera algún otro evento de los aquí previstos, el tratamiento de 24 consultas iniciará nuevamente, y en ningún caso será acumulativo con el (los) anterior (es).
- Todos los medicamentos necesarios durante el tratamiento amparado.

Esta Cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

Los diversos resultados del tratamiento cubierto no representan prueba de diagnóstico clínico de los Padecimientos arriba señalados que pudieran ser cubiertos por la Póliza.

15.3. Exclusiones del tratamiento por daño psiquiátrico.

Se excluyen los gastos por Honorarios del Médico y los medicamentos que prescriba, cuando dicho Médico no cuente con acreditación de la especialidad en Psiquiatría de Enlace, o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

Sección II.III Padecimientos sujetos a condiciones específicas

Salvo por lo expresamente señalado para cada Padecimiento que a continuación se menciona, serán aplicables, los demás términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

1. Padecimientos Congénitos.

Gastos Médicos necesarios para el tratamiento de Padecimientos Congénitos para:

- a) Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, y que sean reportados a Seguros Atlas a efecto de ingresarlo como Asegurado de Póliza, durante los 30 días siguientes a su nacimiento. Lo anterior siempre y cuando la madre cuente con al menos de 10 meses de Cobertura continua en Seguros Atlas.
- b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, que hayan cumplido 5 años de edad, y sólo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados dentro de la vigencia de la Póliza y el Asegurado haya acumulado 2 años de Cobertura continúa en Seguros Atlas.
- c) Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento, y cuya antigüedad sea reconocida por Seguros Atlas.

Todas las manifestaciones y/o complicaciones de los Padecimientos congénitos presentados se considerarán como un solo Siniestro.

2. Recién nacidos prematuros.

Gastos Médicos derivados de las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros. Todas las alteraciones presentadas, en su conjunto se considerarán como un solo Siniestro.

3. Tratamiento de Eventraciones.

Se cubren los Gastos Médicos del tratamiento de las eventraciones derivadas de una operación practicada al Asegurado a consecuencia de un Padecimiento cubierto por la Póliza. Este tratamiento tiene un Periodo de Espera de 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida.

4. Embarazo y parto.

Gastos Médicos originados por las siguientes complicaciones del embarazo o parto:

- a) Atonía uterina
- b) Eclampsia
- c) Embarazo anembrionico
- d) Embarazo extrauterino
- e) Fiebre puerperal
- f) Mola hidatiforme
- g) Óbito
- h) Placenta acreta
- i) Placenta previa
- j) Preeclampsia
- k) Toxicosis gravídica

5. SIDA.

5.1. Descripción del padecimiento cubierto

Se cubren los gastos médicos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los cuales sean causados directamente por la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de acuerdo a lo siguiente:

La compañía se limita a pagar el gasto médico relacionado a este padecimiento de acuerdo a los siguientes límites:

Suma asegurada: 100,000.00 USD.

Deducible: 500.00 USD.

Coaseguro: 10% en Territorio nacional.

20% en Territorio extranjero, en caso de que tenga derecho a cobertura en el extranjero.

Será condición indispensable que la infección del VIH se diagnostique por primera vez durante el periodo de vigencia de la cobertura; el asegurado deberá contar con una prueba serológica de ELISA donde indique que el VIH es positivo y una prueba de Western Blot en el que se indique un conteo de células CD4 menor que 500/mm³, y tenga uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidioidomycosis, diseminado o extrapulmonar.
4. Criptococosis extrapulmonar.
5. Cripto esporidiosis intestinal crónica (con más de un mes de duración).
6. Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
7. Encefalopatía relacionada con el VIH.
8. Herpes simple.
9. Ulcera crónica (de más de un mes de duración).
10. Bronquitis, neumonitis o esofagitis.
11. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
12. Isosporiasis intestinal crónica de más de un mes de duración.
13. Sarcomas de Kaposi.
14. Linfoma no Hodgking de células B o fenotipo inmunológico no determinado, y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sarcomas inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
15. Linfoma inmunoblástico.
16. Linfoma primario cerebral.
17. Hicobacterias, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
18. Neumonía por pneumocystis carinni.
19. Neumonía recurrente.
20. Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
21. Septicemia por salmonella no recurrente.
22. Toxoplasmosis cerebral.
23. Síndrome de desgaste.

24. Microbacterias Kansasii diseminadas o extrapulmonares.
25. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
26. Diseminación extrapulmonar por M.Avium o M. Kansasii.
27. Estrongiloidosis extraintestinal.
28. Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.
29. Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
30. Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea lepra.

5.2. Exclusiones del padecimiento SIDA

En adición a las citadas en las Condiciones generales de la Póliza, se aplicarán las siguientes exclusiones:

- 1. Todos los gastos en que incurra cualquier persona en el diagnóstico del SIDA (Western Blot y/o ELISA)**
- 2. Todos los gastos relacionados con las pruebas del VIH.**
- 3. Cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA).**
- 4. Tratamientos experimentales y drogas no reconocidas por la Norma oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA)**
- 5. Transporte del paciente de o al Hospital por otro medio que no sea ambulancia.**
- 6. Costo o gastos por ambulancia aérea, evacuaciones o cambio de lugar.**
- 7. Gastos incurridos por cualquier condición que no se derive como consecuencia directa del SIDA.**
- 8. Diagnóstico seropositivo anterior al inicio de la vigencia más antigua, a partir de la cual ha tenido Cobertura de SIDA continúa en Seguros Atlas.**
- 9. Enfermera privada en el hogar por más de 30 días, sin previa valoración de Seguros Atlas.**

Sección III. Periodos de Espera

Para las eventualidades, padecimientos y procedimientos indicados en esta sección, se pagarán los Gastos Médicos cubiertos en la Póliza, después de transcurrir el Periodo de Espera señalado.

Periodo de Espera de 30 días a partir de la fecha de antigüedad reconocida

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 1 año a partir de la fecha de antigüedad reconocida

- a) Litiasis en vías urinarias
- b) Litiasis en vías biliares
- c) Litiasis en vesícula biliar

Periodo de Espera de 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida

- a) Cirugía o Tratamiento Médico de eventraciones.
- b) Cirugía o Tratamiento Médico de hernias.
- c) Cualquier Padecimiento ano-rectal, hemorroidectomías, abscesos o fisuras.
- d) Cualquier Padecimiento ginecológico no excluido, prolapsos, cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, miomectomías, histerectomías y Legrado Ginecológico.
- e) Amigdalectomías o Adenoidectomías.
- f) Operaciones de nariz, incluidos senos paranasales.
- g) Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores.

Periodo de Espera de 3 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida

- a) Cirugía o Tratamiento Médico de cifosis.
- b) Cirugía o Tratamiento Médico de lordosis.
- c) Cirugía o Tratamiento Médico de escoliosis.

Periodo de Espera de 1 año de Cobertura continúa en Seguros Atlas

- Tratamiento con Células Mesenquimales.

Periodo de Espera de 3 años de Cobertura continúa en Seguros Atlas

- Cirugía de Hallux Valgus.

Periodo de Espera de 5 años de Cobertura continúa en Seguros Atlas

- a) Cirugía para corregir defectos de refracción.
- b) Cirugía bariátrica.

Los periodos de espera estipulados serán aplicables para cada Asegurado, y se podrán reducir cuando se tenga una fecha de antigüedad reconocida por Seguros Atlas anterior al inicio de vigencia de la Póliza, excepto para los casos en que se requiera una antigüedad en Seguros Atlas.

Para determinar el cumplimiento del plazo de los periodos de espera definidos, se contarán los días transcurridos desde la fecha de antigüedad reconocida al Asegurado en esta Póliza o 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.

Sección IV. 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. Salvo lo estipulado en la sección II.III punto 3. Tratamiento de Eventraciones, de estas condiciones generales.
2. Padecimientos Congénitos. Salvo lo estipulado en la sección II.III punto 1. Padecimientos Congénitos, de estas condiciones generales.
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 similares, 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 esterilidad o infertilidad.
8. Cirugía estética y cosmetológica.
9. Cirugía o Tratamiento Médico de estrabismo, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
10. Cirugía o Tratamiento Médico para control de la natalidad.
11. Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.
12. Tratamiento de calvicie u obesidad.
13. 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.
14. Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival, que sea necesario a consecuencia de una Enfermedad.
15. Tratamiento Médico de amigdalitis o adenoiditis.

16. Tratamiento Médico del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), a excepción de lo indicado en la sección II.III punto 5. SIDA, de estas condiciones generales.
17. Tratamiento Médico para corregir defectos de refracción.
18. 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.
19. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
20. Tratamiento o cirugía experimental.
21. Aborto, embarazo, Legrado Obstétrico causado por tratamientos anticonceptivos, Partos anormales, partos normales, cesáreas, partos prematuros y maternidad. Salvo lo estipulado en la sección II.III punto 4. Embarazo y parto, de estas condiciones generales.
22. Cirugía o Tratamiento Médico proporcionados por familiares directos del Asegurado, por instituciones o personas no autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.
23. Curas de reposo o descanso, exámenes Médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como "CHECK-UPS".
24. Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
25. Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
26. Intentos de suicidio o lesiones auto infligidas.
27. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de salud.
28. Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.
29. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus Dependientes Económicos durante el internamiento de éste en Sanatorio u Hospital.
30. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.
31. 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.
32. 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.
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.

Sección V. Cláusulas Generales

Objeto del contrato.

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 las condiciones del contrato sean Gastos Médicos cubiertos.

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 Póliza, la carátula de Póliza, Condiciones generales, Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos, Cuadro de Especificaciones, el registro de Asegurados, los recibos de pago, Endosos, cuestionarios Médicos, condiciones especiales y lista de Asegurados con Padecimientos excluidos.

2. Vigencia.

El periodo de validez 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, salvo cuando se señale específicamente o se haya pactado expresamente lo contrario.

Para la cobertura de Gastos Médicos Catastróficos en el Extranjero se amparan los gastos médicos realizados en el Extranjero.

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.

La Póliza estará sujeta 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 carátula 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.

En consecuencia los agentes o cualquier otra persona sin autorización de Seguros Atlas, carecen de facultades para efectuar modificaciones o concesiones.

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.

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 d e 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).

“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 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. (artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados 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 del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Seguros Atlas 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.

Seguros Atlas 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.

11. Otros seguros.

El Contratante debe notificar por escrito a Seguros Atlas sobre todo seguro que contrate o haya contratado, y que cubra a las mismas personas contra los mismos riesgos, indicando los nombres de las compañías aseguradoras y las Sumas Aseguradas.

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 posteriores 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 Económicos”, 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 solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato, presentando una solicitud por escrito en las oficinas de Seguros Atlas o por el medio por el que hubiera contratado el seguro.

Para efectos de lo anterior el Contratante deberá adjuntar a la solicitud una identificación oficial vigente del mismo que formule la solicitud, posterior a ello, Seguros Atlas le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

Seguros Atlas confirmará la fecha de terminación del contrato al Contratante, a través de los mismos medios bajo los cuales se realizó la solicitud, a su vez devolverá al Contratante la parte no devengada del resultado de restar a la prima neta pagada el costo de adquisición y el monto de Siniestros ocurridos procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso del que el cálculo antes citado sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima neta pagada antes citada no se considerarán los derechos de Póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

Si posterior a la fecha de terminación del contrato, se reporta un Siniestro procedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la Póliza terminada, se realizará nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del Siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula la parte no devengada será; la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividido entre el número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

La devolución al Contratante se realizará en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a la fecha de terminación del contrato, siempre y cuando no exista(n) Siniestro(s) abierto(s) en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada

En todo caso, Seguros Atlas no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

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 solicitarán nuevos requisitos de asegurabilidad.

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.

Cualquier cambio que se pretenda realizar a la Póliza en su renovación estará sujeto a la autorización de Seguros Atlas y a sus políticas de suscripción, Cuando se trate de un cambio de plan contratado en Seguros Atlas, los beneficios ganados por antigüedad de los Asegurados no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

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. Aviso.

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de Seguros Atlas.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o el beneficiario, en su caso, gozarán de un plazo máximo de 5 días para dar aviso por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.

Cuando el Asegurado o el beneficiario, en su caso, no cumplan con la obligación que les impone esta cláusula, Seguros Atlas podrá reducir la prestación debida hasta la indemnización que habría correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

21. Procedimientos para pago de Siniestros

En caso de Siniestro se deberá presentar toda la documentación necesaria a Seguros Atlas para que se realice el pago de los Gastos Médicos cubiertos por la Póliza, dicha documentación se establece en el documento "Que hacer en caso de Siniestro".

Los procedimientos para el pago de Siniestros son los siguientes:

A. Pago Directo

Es el procedimiento mediante el cual Seguros Atlas liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento cubierto a los proveedores de la red médica.

B. Reembolso

Es el procedimiento mediante el cual el Asegurado liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento cubierto.

El pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) correspondiente a los Gastos Médicos reembolsados, será cubierto por Seguros Atlas. Cualquier otro tipo de impuesto, no será reembolsado.

C. Programación de cirugías

Bajo este procedimiento si el Asegurado y su Médico programan una cirugía de un Padecimiento cubierto dentro del periodo de Cobertura de la Póliza, esto le da derecho a un anticipo del 60% de los gastos presupuestados que estén cubiertos.

El Asegurado cuenta con un plazo de treinta días naturales, a partir de la fecha en que recibió el anticipo, para presentar la comprobación de los gastos efectuados. En caso contrario, Seguros Atlas cobrará un interés equivalente a la tasa de interés de CETES a 28 días que haya estado vigente durante el lapso comprendido entre los días en que otorgó el anticipo y en el que comprobó los gastos, más 4 puntos porcentuales sobre dicha tasa.

Si al contar con la documentación definitiva para el pago del Siniestro, la causa que lo motivó o la información proporcionada, fuera diferente a la que originó el anticipo, la procedencia del Siniestro se determinará con las últimas pruebas. En caso de resultar improcedente, el Asegurado acuerda restituir el importe total del anticipo, más el interés que se determine de acuerdo con la tasa del párrafo anterior, y por el período comprendido entre la fecha en que proporcionó el anticipo y en la que efectúe la devolución.

Seguros Atlas se reserva el derecho de solicitar información adicional o, en su caso, verificar directamente en el Hospital el procedimiento quirúrgico.

Para este procedimiento de pago no será aplicable el beneficio de Pago Directo.

D. Segunda Valoración Médica

Cuando exista duda por parte de Seguros Atlas referente al Padecimiento, tratamiento y/o procedimiento por el cual se esté tramitando una reclamación, la compañía solicitará al Asegurado se someta a una segunda valoración médica con un Médico especialista en la materia que Seguros Atlas designe, con la finalidad de verificar la procedencia de la reclamación. La segunda valoración médica no tiene costo para los Asegurados.

22. Pruebas y comprobación del Siniestro.

A. Pruebas

Cuando se derive alguna obligación para Seguros Atlas, el reclamante, además de entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas, deberá presentar a Seguros Atlas, las pruebas necesarias para comprobar que el Siniestro ocurrió estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Contrato de Seguro.

B. Comprobación

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

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 solicitada.

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 beneficiario, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas de cualquier obligación.

Si en cualquiera de las obligaciones que tiene el Contratante, Asegurado o beneficiario con respecto al contrato, cometiera una omisión o negligencia, y a causa de este hecho Seguros Atlas realiza un pago incorrecto o improcedente, el Contratante estará obligado a reintegrar dicho pago a la compañía.

C. Siniestros en Periodo de Gracia

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.

23. 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.

24. Suma Asegurada aplicable al Siniestro.

En caso de que ocurra un Siniestro y la Suma Asegurada haya sido contratada en una unidad diferente a la moneda nacional, la Suma Asegurada aplicable al Siniestro se determinará por la cantidad fija equivalente en pesos de acuerdo con la unidad de medida contratada que haya estado vigente cuando fue erogado el primer gasto del Siniestro. Aun cuando su importe sea inferior al Deducible.

Una vez determinada dicha Suma Asegurada, permanecerá constante hasta que se extinga cualquier derecho relativo al Siniestro.

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

La unidad de medida contratada se especificara en la carátula de la Póliza.

25. Gastos en moneda extranjera.

En caso de que los Gastos Médicos se hayan efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda conforme a las condiciones de la Póliza, se efectuará en Moneda Nacional al "Tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana" el cual haya publicado el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación vigente al día en que se efectúe la indemnización por parte de Seguros Atlas.

26. Aplicación de Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada.

El Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro y Suma Asegurada aplicables en cada Siniestro reclamado, serán estipulados en la carátula de Póliza, salvo aquellos gastos, Padecimientos y procedimientos quirúrgicos en donde se especifique lo contrario.

A. En caso de Accidente

Salvo pacto expreso en contrario, en las reclamaciones por Accidente se indemnizarán los Gastos Médicos cubiertos, sin aplicación de Deducible, ni Coaseguro y hasta el límite de la Suma Asegurada contratada, después de ajustarlos a los límites establecidos en el contrato.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, se considerarán como un solo evento.

Cuando la atención médica sea brindada después de 90 días de ocurrido el Accidente, dicho evento será considerado como Enfermedad.

B. En caso de Enfermedad

Cuando el Asegurado presente una reclamación por Enfermedad, 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, considerando en su caso el Tope de Coaseguro contratado, 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.
- I. Padecimientos o Procedimientos amparados con Suma Asegurada distinta a la de la Póliza**
Para estos casos se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos sin ajustar cada concepto a los límites establecidos en el contrato y se aplicaran los incisos b), c) y d) del apartado 26.B anterior.
- II. Deducible por familia**
Cuando dos o más miembros de la Familia Asegurada en la misma Póliza, sufran una misma Enfermedad con un período de diferencia de hasta 30 días, contados a partir de la fecha en que inició la primera Enfermedad, se aplicará un solo Deducible.
- III. Tope de Coaseguro**
El Tope de Coaseguro no se aplicará a los Coaseguros indicados en los Endosos y Coberturas que se adhieran a estas Condiciones generales.
De igual forma, no se impondrá Tope de Coaseguro para los gastos, Padecimientos y procedimientos quirúrgicos que indiquen un Coaseguro determinado.
- IV. Beneficio de Pago Directo**
Si el Asegurado recibe atención médica de forma conjunta con Médicos y Hospitales en convenio con Seguros Atlas, se reducirá al Deducible y Coaseguro contratado, como máximo 1 UMAM al deducible y 5 puntos porcentuales al coaseguro.
- Queda a cargo del Asegurado los gastos no amparados por la Póliza.
- V. Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos**
El catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos que se utilizara para determinar el monto de siniestro procedente, será el que se encuentre vigente al momento de la reclamación.
El catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos aplicable a gastos médicos efectuados en territorio nacional lo podrá consultar en la página web de Seguros Atlas www.segurosatlas.com.mx. En el caso de los honorarios médicos y quirúrgicos aplicables en el extranjero, se le proporcionará la información completa al momento de tramitar su siniestro.

27. Plazo para el pago de Indemnizaciones.

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas pagará al Asegurado o beneficiario, 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.

28. 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.”

29. 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.

30. Hospitales o Sanatorios de beneficencia.

Seguros Atlas no reembolsará al reclamante ningún pago o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social., o cualesquiera otros semejantes de atención gratuita.

31. Relaciones del Asegurado con los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios

Debido a que el Asegurado elige libremente a los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios, la atención que proporcionen conformará una relación contractual con el Asegurado ajena a Seguros Atlas.

Por consiguiente, la responsabilidad de la atención proporcionada será del prestador del servicio frente al Asegurado, y Seguros Atlas no tendrá responsabilidad legal alguna derivada de esta relación.

32. 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.

33. 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.**

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Padecimientos, Seguros Atlas como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen Médico.

Al Asegurado que se hubiera sometido al examen Médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de Preexistencia respecto de Enfermedad o Padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen Médico.

En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de un Padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Seguros Atlas podrá aceptar o no dar Cobertura para el Padecimiento declarado.

34. 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.

35. 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.

36. Competencia.

En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a la Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa Ciudad de México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas, así como nuestra atención telefónica al 9177-5220 o al 01800-849-3916 y correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez o consulte <http://www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones> para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 5340-09999 o al 01800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx ; 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 ha 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 01 de junio de 2018, con el número CNSF-S0023-0202-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0202-2018/CONDUSEF-001125-05.

Condiciones de Endosos y Servicios adicionales para Gastos Médicos Mayores

De especificarse como contratado en el Cuadro de Especificaciones el Endoso, y haberse obligado el Contratante a efectuar el pago de la Prima respectiva, en los casos en los que proceda, la Póliza a la cual se agrega el mismo, se extiende a cubrir lo establecido en dicho Endoso.

Salvo por lo expresamente señalado en el Endoso, serán aplicables, los términos y condiciones establecidos en las Condiciones generales y demás Endosos contratados; en caso de controversia prevalecerá lo establecido en dicho Endoso.

Solo podrán modificarse mediante acuerdo entre las partes mediante un Endoso especial en el que se especifiquen las condiciones pactadas, el cual deberá estar firmado por un funcionario de Seguros Atlas.

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 01 de junio de 2018, con el número CNSF-S0023-0202-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0202-2018/CONDUSEF-001125-05.

Endoso de Asistencia Funeraria Internacional

Mediante este Endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza, se hace constar que la Póliza cuenta con el servicio de Asistencia Funeraria Internacional en caso de fallecimiento del Asegurado, si este fallece como consecuencia de un Padecimiento cubierto. El servicio de asistencia funeraria internacional será prestado a través de **Interassistance Services of Mexico**.

Para efectos de hacer uso de este servicio no es necesario que exista un gasto Médico previo por el Accidente o Enfermedad que le dio origen al fallecimiento. Los servicios cubiertos son los siguientes:

1. Servicios de Asistencia Funeraria:

- Asesoría telefónica las 24 horas. los 365 días del año.
- Trámites legales ante las autoridades competentes.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad en caso de inhumación.
- Proveer al cliente o beneficiario un féretro de corte lineal **.
- Preparación y arreglo de cuerpo (Tanatopraxia).
- Sala de velación o servicio a domicilio por 24 horas.
- Decoración de la sala de velación**.
- Apoyo en la coordinación del servicio religioso a cargo de un Ministro del culto indicado por el cliente y/o su familia.
- Servicio de Cremación con urna incluida (en este caso no incluye traslado para inhumación, y el féretro queda a disposición de la funeraria.).

2. Servicios de Repatriación de Restos

- Trámites legales, consulares para el traslado del cuerpo hacia México
- Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento.
- Preparación del cuerpo embalsamamiento y Tanatopraxia.
- Proveer un féretro hermético para la repatriación.
- Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- Traslados del aeropuerto hasta el lugar de velación.

- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de México.
- Transporte aéreo del cuerpo a México.
- Traslados del cuerpo desde el aeropuerto hasta el lugar de velación.
- En caso de no ser repatriado, se brinda única y exclusivamente el servicio de cremación.

**** De acuerdo a condiciones recursos, costumbres en la localidad y disponibilidad de la filial.**

Para hacer uso de los servicios antes mencionados deberá ponerse en contacto con el prestador de servicios, a los teléfonos de contacto:

- **En la Ciudad de México y zona Metropolitana:**

(55) 5259-0523

- **En el interior de la Republica:**

01800-710-4545

- **Fuera del país:**

+52(55) 5259-0523



www.memorialinternational.com

El servicio que Interassistance Services of Mexico le proporcione conformara una relación entre usted y el prestador de servicios, quien es responsable de la calidad de los servicios brindados.

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 01 de junio de 2018, con el número CNSF-S0023-0202-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0202-2018/CONDUSEF-001125-05.

Endoso para Reconocimiento de Antigüedad

Mediante este Endoso el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza se hace constar que la misma cuenta con reconocimiento de antigüedad.

Seguros Atlas reconoce el tiempo que cada Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores previamente a la contratación de esta Póliza en alguna institución de seguros autorizada en México.

El reconocimiento de antigüedad opera de acuerdo a lo siguiente:

- El beneficio de reconocimiento de antigüedad es únicamente para la reducción de periodos de espera.
- En los casos en que específicamente se requiera que la antigüedad sea en Seguros Atlas, sólo se considerará el periodo acumulado en esta compañía.
- Para poder otorgar este beneficio, es necesario que lo solicite en los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha de alta del Asegurado.
- La fecha de antigüedad en Seguros Atlas, la antigüedad nacional y la antigüedad en el extranjero se asignarán por cada Asegurado previa comprobación.

El reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir Padecimientos preexistentes.

Se excluyen los gastos erogados antes de cumplir el Periodo de Espera.

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 01 de junio de 2018, con el número CNSF-S0023-0202-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0202-2018/CONDUSEF-001125-05.

Endoso de Ayuda por Maternidad

Con este Endoso, que se adhiere e integra a esta Póliza, se manifiesta que la misma cuenta con la Cobertura de maternidad, si ocurre el nacimiento a través de un parto normal o cesárea.

Este Endoso opera de acuerdo con lo siguiente:

1. La ayuda máxima otorgada por Asegurado, será la señalada en el Cuadro de Especificaciones que forma parte de esta Póliza
2. No se aplican Deducible ni Coaseguro.
3. Estarán cubiertas:
 - A. Asegurada titular o cónyuge cubierta en la Póliza, siempre que cuente con 10 meses de Cobertura continúa en Seguros Atlas.
 - B. Las hijas solteras cubiertas en la Póliza, siempre que cuente con 3 años de Cobertura continúa en Seguros Atlas.
4. En el caso que sea un parto múltiple se le otorgara un 50% adicional de la ayuda de maternidad que se establezca en el Cuadro de Especificaciones de esta Póliza.
5. **El reconocimiento de antigüedad no elimina el Periodo de Espera para esta Cobertura.**

Los gastos cubiertos bajo este Endoso son los siguientes:

- Honorarios del cirujano
- Anestesiólogo
- Hospital
- Costo por uso de la cuna, con máximo de 3 días
- Atención del pediatra al recién nacido en el momento del parto o cesárea, exclusivamente hasta el costo usual y acostumbrado del Hospital.

Se excluyen los gastos incurridos como consecuencia de maternidad subrogada y las complicaciones para la madre y el producto.

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 01 de junio de 2018, con el número CNSF-S0023-0202-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0202-2018/CONDUSEF-001125-05.

Endoso para Cobertura vitalicia

Mediante este Endoso, el cual se adhiere e integra a esta Póliza, se manifiesta que la misma, tiene el beneficio de renovación vitalicia.

Por renovación vitalicia se entiende el derecho que tiene cada Asegurado de no ser excluido de la Póliza, debido únicamente a su edad alcanzada, siempre y cuando al llegar a la edad máxima estipulada para renovación, haya acumulado una antigüedad de 5 años de Cobertura continua en Seguros Atlas.

El derecho cubierto por este Endoso se pierde si la renovación es solicitada después de la fecha de vencimiento o si la Póliza es cancelada por causa diferente a la edad alcanzada.

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 01 de junio de 2018, con el número CNSF-S0023-0202-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0202-2018/CONDUSEF-001125-05.

Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B
T. (55) 91 77 50 00

Col. Bosques de las Lomas
www.segurosatlas.com.mx

Ciudad de México C.P. 05120
segatlas@segurosatlas.com.mx

Endoso de Med Asistencia

Mediante este Endoso, se hace constar que la Póliza cuenta con los siguientes servicios asistenciales.

1. Servicios de asistencia en km."0".

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados sólo en los Estados Unidos Mexicanos, desde la residencia permanente del Asegurado "kilómetro 0" y hasta el "kilómetro 80" en el caso del Ciudad de México. En el resto del país, desde el lugar de residencia permanente del Asegurado y hasta el "kilómetro 50". Durante las 24 horas de todos los días del año.

1.1 Traslado Médico terrestre local.

Si el Asegurado a causa de Enfermedad o Accidente, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo Médico del proveedor de servicios, en contacto con el Médico que lo atiende, recomienden su Hospitalización, el proveedor de servicios gestionará, el traslado del Asegurado al centro Hospitalario más cercano, si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro Hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Asegurado presente.

- En caso de que el Asegurado necesitare el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al Hospital en que se realizará este trasplante, siempre y cuando existan las condiciones favorables para hacerlo. No incluye la consecución del mencionado órgano.
- También se incluyen los traslados de un Hospital a otro cuando el Asegurado aún no ha sido dado de alta y tanto el Hospital de origen, como el Hospital de destino haya dado su aprobación para que el Asegurado sea atendido en las instalaciones de este último, en conjunción con el equipo Médico del proveedor de servicios.
- Asimismo, se incluyen los traslados del Hospital al domicilio del Asegurado, cuando éste ha sido dado de alta, siempre y cuando sea bajo la recomendación médica del Médico que lo esté atendiendo en conjunción con el equipo Médico del proveedor de servicios.

Este servicio está limitado sin costo para el Asegurado, a un máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza o 3 (tres) eventos por año y certificado. No incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

A partir del cuarto evento, el Asegurado pagará \$600.00 Pesos M. N., por cada servicio.

1.2 Traslado Médico de emergencia para tratamientos Médicos inexistentes en la ciudad de residencia permanente del Asegurado.

Cuando el Asegurado sufra un Accidente o Enfermedad y cuyo tratamiento no exista en ningún centro hospitalario de su ciudad de residencia permanente, a criterio del equipo médico del proveedor de servicios, en conjunción con el médico tratante, se gestionará su traslado en

ambulancia terrestre, línea aérea comercial o en ambulancia aérea a la ciudad más cercana, con un límite máximo de \$10,000 USD por evento dentro de la República Mexicana y cuyo máximo podrá ser a los Estados Unidos de América.

1.3 Segunda opinión médica a nivel mundial.

El proveedor de servicios, llevará a cabo la obtención de una segunda opinión médica en caso de Enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad que aporten mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología, facilitando consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con Centros Médicos de primer nivel internacional.

En todos los casos la segunda opinión médica brindada por los profesionales designados, será conforme a la documentación remitida por el Asegurado.

Los servicios de asistencia no contemplan la toma a cargo de citas con profesionales Médicos, si en algún caso fuese necesario.

1.3.1 Confirmación, corrección y/o reconfirmación del diagnóstico.

A solicitud del Asegurado, de su familia y/o representante, el proveedor de servicios le orientará y asesorará para la obtención de:

- Compilación de la historia clínica y los exámenes complementarios recibidos.
- Selección de un consultor Médico nacional o internacional especialista, según sea el caso, en la patología del Asegurado.
- Formulación de un pedido de segunda opinión médica en idioma español o inglés, según corresponda.
- Seguimiento a la consulta e información al Asegurado ante cualquier requerimiento.
- Recepción de la respuesta, formulación de nuevas preguntas o reiteración de preguntas no contestadas satisfactoriamente, en caso de ser necesario y traducción al español (cuando corresponda).
- Entrega al Asegurado de las respuestas y bibliografía debidamente traducidas, adicionando referencias bibliográficas complementarias.

1.3.2 Facilitación de consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con centros Médicos de primer nivel internacional:

- Envío de muestras de tejidos para estudios anatómo-patológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.
- Concertación de citas personales en cualquier centro Médico internacional ante cualquier requerimiento del Asegurado o de su Médico de cabecera.
- Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
- Pre-admisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.
- Envío de información sobre nuevas pautas terapéuticas de determinadas enfermedades.
- Alternativas terapéuticas de determinadas patologías complejas
- Búsqueda y envío de medicamentos no comercializados en México.

Nota.- Para los servicios anteriores, se deberá contemplar disponibilidad de fechas, según cupo y demanda de dichos servicios y/o productos, éstos serán con cargo al Asegurado.

1.4. Informaciones previas a un viaje.

El proveedor de servicios proporcionará, a solicitud del Asegurado la siguiente información:

- A. Requerimiento de vacunas y visas de países extranjeros, tal como dichos requerimientos están especificados en la edición más actualizada del T. I. M. (Travel Information Manual), publicación de los miembros de I.A.T.A. (International Air Transport Association) el proveedor de servicios informará al Asegurado que solicite dicha información, que está simplemente comunicando los datos requeridos, enunciados en el manual antes dicho, y procurará mantenerse informado de los cambios en los requerimientos de vacunas y visas, para proporcionar la información más actualizada.
- B. Direcciones y números de teléfonos de las Embajadas y Consulados mexicanos en todo el mundo, cuando y donde estén disponibles.
- C. Los idiomas que se hablan específicamente en el destino de su viaje.
- D. Zonas y diferencias horarias.

2. Servicios de asistencia en toda la República Mexicana.

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados en km. "0" y en viaje, desde la residencia permanente del Asegurado y hasta toda la República Mexicana, las 24 horas de los 365 días del año.

2.1 Orientación médica telefónica.

A petición del Asegurado, el equipo Médico del proveedor de servicios le asistirá orientándole telefónicamente, las 24 horas de todos los días del año, sobre problemas menores o dudas con relación a:

- A. Utilización de medicamentos.
- B. Síntomas o molestias que le estén aquejando.

El equipo Médico del proveedor de servicios, no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Asegurado y con cargo a él mismo, coordinará:

- A. La visita de un Médico General a domicilio, en cuyo caso el Asegurado pagará los primeros \$300.00 Pesos M.N. por la visita.
- B. Una cita con un Médico, o en un centro Hospitalario, en cuyo caso el Asegurado pagará los primeros \$300 pesos M.N. cuando sea una consulta con un médico general y los primeros \$400.00 Pesos M.N cuando sea una consulta con un médico especialista.
- C. El envío de una ambulancia, con las condiciones mencionadas en la sección 1.1 anterior.

La aseguradora y el proveedor de servicios no serán responsables con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas, por omisiones del Asegurado o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2.2 Referencia de servicios de enfermería general a domicilio.

A solicitud del Asegurado, normalmente en situaciones no urgentes en las que por prescripción médica se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general, el proveedor de servicios gestionará el envío de un(a) enfermero(a) hasta su residencia permanente o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Dicho Asegurado pagará directamente al enfermero(a) entre \$400.00 M.N. y \$600.00 por cada 8 horas de atención domiciliaria, dependiendo de la población donde se proporcione dicha atención.

Este servicio será pagado por el Asegurado directamente a quien preste el servicio, al momento en que finalice el turno acordado.

Los precios anteriormente indicados, no contemplan servicios de enfermería de cuidados intensivos.

2.3 Asistencia Psicológica

2.3.1 Orientación psicológica telefónica

A solicitud del Asegurado el Proveedor gestionará la Orientación Telefónica, sobre cómo afrontar problemas o trastornos generados por:

1. Padecimiento de enfermedades terminales del propio Asegurado o de alguno de sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.
2. Pérdida por el fallecimiento de alguno de los padres, cónyuge, hijos o hermanos del Asegurado.
3. Ayuda para identificar o detectar síntomas sobre desórdenes alimenticios, cuyo desenlace pudiesen provocar enfermedades tales como anorexia, bulimia, compulsión por ingesta de alimentos, etc.
4. Apoyo familiar de pareja o individual.
5. Referencias sobre qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

Este beneficio se proporcionará, sin límite de llamadas. El Proveedor no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por los médicos especialistas, por omisiones del Asegurado o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa

2.3.2 Referencias Psicológicas

A solicitud del Beneficiario, se le proporcionara referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente, para tratamientos de mediano y largo plazo, relacionados con cualquiera de los aspectos mencionados en el numeral "2.3.1". Sin límite de eventos.

La referencia mencionada, incluye concertación de cita con un Psicólogo y/o la referencias de Medico de la Red del Proveedor existente, con un costo preferencial de \$300 pesos la consulta más procedimientos.

2.4 Asistencia Nutricional

2.4.1 Orientación Nutricional Telefónica

A solicitud del Asegurado, el Proveedor gestionará la Orientación Telefónica, sobre los siguientes aspectos:

1. Ideas de cómo calcular el peso ideal.
2. Indicaciones para obtener el cálculo de masa corporal.
3. Dietas sencillas para toda la familia y estilos de vida.
4. Rutinas de ejercicio, cuánto, cuándo y cómo hacerlo y bajo qué situaciones se requiere la supervisión de un médico.
5. Desórdenes alimenticios no críticos.
6. Referencias de qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

El Proveedor no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por los médicos especialistas, por omisiones del Asegurado o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2.4.2 Referencias Nutricionales

A solicitud del Asegurado, se le proporcionará referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente para tratamientos de mediano y largo plazo, para el análisis y diagnóstico de la situación ajena a una buena nutrición del propio Asegurado o por desórdenes alimenticios.

La referencia mencionada, incluye concertación de cita y/o la referencias de Médico Especialista de la Red del Proveedor existente, con un costo preferencial de \$300 pesos la consulta más procedimientos.

3. Servicios de asistencia en viaje.

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados en la República Mexicana, en el caso del Ciudad de México serán a más de 80 kilómetros del centro del mismo (ZÓCALO), y en el resto del país a más de 50 kilómetros del centro de la población de la residencia permanente del Asegurado. **En viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.**

3.1 Traslado Médico.

En caso de que un Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente tales que el equipo Médico del proveedor de servicios, en contacto con el Médico que atienda al Asegurado, recomienden su Hospitalización, el proveedor de servicios gestionará:

- A. El traslado del Asegurado al centro Hospitalario más cercano; y
- B. El traslado del Asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro Hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Asegurado. También se incluyen los traslados de un Hospital a otro cuando el Asegurado aún no ha sido

dado de alta y tanto el Hospital de origen, como el Hospital de destino haya dado su aprobación para que el Asegurado sea atendido en las instalaciones de este último, en conjunción con el equipo Médico del proveedor de servicios.

- C. Si las condiciones médicas permiten el traslado del Asegurado, el equipo Médico del proveedor de servicios organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o a su residencia permanente.
- D. En caso de que el Asegurado necesitara el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al Hospital en que se realizará este trasplante.

Este servicio incluye la transportación de un acompañante, si las condiciones del vuelo lo permiten.

El equipo Médico del proveedor de servicios y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para estos traslados.

Con un máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza ó (tres) eventos por año y Certificado.

3.2 Gastos de hotel por convalecencia.

El proveedor de servicios gestionará, los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el equipo Médico del proveedor de servicios, este servicio está limitado a \$2,500.00 Pesos MN por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

3.3 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje.

En caso de Hospitalización del Asegurado y que ésta se prevea de una duración superior a 10 (diez) días naturales, el proveedor de servicios pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado, un boleto ida y vuelta (clase económica) con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado, a fin de acudir a su lado, además el proveedor de servicios gestionará, los gastos de hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$2,500.00 Pesos MN por día, durante 5 (cinco) días naturales por año.

3.4 Traslado a domicilio.

Si el Asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del Médico tratante y del equipo Médico del proveedor de servicios, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el proveedor de servicios gestionará, la repatriación o traslado por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

3.5 Traslado a domicilio en caso de fallecimiento / entierro local.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el proveedor de servicios, realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- A. El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del Asegurado; o,
- B. A petición de los herederos o representantes del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. El proveedor de servicios se hará cargo de estos

gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

- C. Un boleto viaje redondo, máximo boleto de avión clase económica, con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado, para que en caso de ser necesario, un familiar o un representante acuda al lugar del deceso.

3.6 Regreso anticipado al domicilio.

El prestador de servicios gestionará, el regreso anticipado del Asegurado, por avión de línea regular (Clase Económica), en caso de fallecimiento de cualquiera de los padres, hijos o cónyuge, en el lugar de residencia permanente, **siempre que el Asegurado no pueda utilizar su boleto original para el regreso.**

3.7 Localización y reenvío de equipajes y efectos personales.

En el caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del Asegurado en una Aerolínea comercial, el proveedor de servicios le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización, si los objetos fuesen recuperados, el proveedor de servicios gestionará, su reenvío hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado o hasta su residencia permanente.

3.8 Transmisión de mensajes urgentes.

El proveedor de servicios se encargará de la localización telefónica y de transmitir a petición del Asegurado los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de asistencia.

3.9 Asistencia administrativa.

En caso de robo o pérdida de pasaporte, visa y/o boletos de avión, el proveedor de servicios proveerá el procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

3.10 Referencia de abogados.

A solicitud del Asegurado, el proveedor de servicios concertará una cita con un abogado, para atender la defensa del Asegurado ante cualquier proceso penal o civil en su contra.

El costo de dicho abogado será pagado por el Asegurado directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éstos, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Asegurado. Los costos ocasionados por fianzas, cauciones y/o multas de cualquier clase, también serán por cuenta del Asegurado. **Seguros Atlas y el proveedor de servicios no serán responsables ante el Asegurado respecto a los servicios prestados por dicho abogado.**

Este servicio no aplica, si el problema es debido a la actividad profesional del Asegurado o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

3.11 Asistencia jurídica a consecuencia de asalto.

A solicitud del Asegurado o de su representante y a consecuencia de asalto, el proveedor de servicios gestionará, el envío de un abogado para asistirlo en el levantamiento de la denuncia de los hechos, ante las autoridades competentes, que en cada caso se requiera, los costos de

honorarios y cualquier otro que se genere por este servicio, será por cuenta íntegra del Asegurado.

3.12 Referencia médica.

Cuando un Asegurado necesite Asistencia Médica, el equipo Médico del proveedor de servicios, aconsejará al Asegurado sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

El equipo Médico del proveedor de servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Asegurado y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- A. Por una visita personal de un Médico, o
- B. Concertando una cita con un Médico, o en un centro Hospitalario que será pagado por el Asegurado.

4. Servicios de asistencia en el extranjero.

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados en el extranjero, a más de “50 kilómetros” del centro de la población de residencia permanente del Asegurado, en **viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.**

4.1 Gastos Médicos y de Hospitalización.

En caso de que un Asegurado sufra un Accidente o repentina Enfermedad durante un viaje y durante el período de vigencia de este contrato, el proveedor de servicios gestionará, los servicios Médicos necesarios hasta el límite máximo de \$10,000.00U.S. Dólares por año.

Quedan excluidos costos de prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas "check up" o rutinarias, Gastos Médicos y de Hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Asegurado.

4.2 Gastos dentales.

En el caso de que un Asegurado sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, el proveedor de servicios gestionará, los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$750.00 U.S. Dólares por año.

4.3 Envío de medicamentos, no existentes en un país.

Si durante un viaje y a consecuencia de un Accidente o Enfermedad del Asegurado, el equipo Médico del proveedor de servicios de acuerdo con el Médico tratante determinan la necesidad de utilizar un medicamento no existente localmente, el proveedor de servicios gestionará, el envío de una cantidad suficiente del medicamento al lugar donde se encuentre el Asegurado.

Se establece un límite máximo de \$500.00 U.S. Dólares anuales (por Asegurado) para los gastos de gestión a cargo del proveedor de servicios, los excedentes correrán a cargo del Asegurado.

4.4 Traslado Médico.

En caso de que un Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente tales que el equipo Médico del proveedor de servicios, en contacto con el Médico que atiende al Asegurado, recomienden su Hospitalización, el proveedor de servicios gestionará:

- A. El traslado del Asegurado al centro Hospitalario más cercano; y
- B. El traslado del Asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro Hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Asegurado. También se incluyen los traslados de un Hospital a otro cuando el Asegurado aún no ha sido dado de alta y el Hospital de destino haya dado su aprobación para que el Asegurado sea atendido en sus instalaciones.
- C. Si las condiciones médicas permiten el traslado del Asegurado, el equipo Médico del proveedor de servicios organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o a su residencia permanente.
- D. En caso de que el Asegurado necesitara el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al Hospital en que se realizará este trasplante.

Este servicio incluye la transportación de un acompañante, si las condiciones del traslado lo permiten.

El equipo Médico del proveedor de servicios y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para estos traslados.

Con un máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza ó 3 (tres) eventos por año y Certificado.

4.5 Gastos de hotel por convalecencia.

El proveedor de servicios gestionará, los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el equipo Médico del proveedor de servicios. Este servicio está limitado a \$200.00 U.S. Dólares, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

4.6 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje.

En caso de Hospitalización del Asegurado por causa de Accidente o Enfermedad y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, el proveedor de servicios gestionará, y pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado) a fin de acudir a su lado, además el proveedor de servicios gestionará, el hospedaje de la persona designada, hasta un máximo de \$200.00 U.S. Dólares, por día, durante 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

4.7 Repatriación a domicilio.

Si el Asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del Médico tratante y del equipo Médico del proveedor de servicios, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el proveedor de servicios gestionará, su repatriación por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Asegurado, **si el que éste tuviera no fuese válido.**

4.8 Repatriación a domicilio en caso de fallecimiento / entierro local.

En caso de fallecimiento del Asegurado el proveedor de servicios gestionará, las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- A. La repatriación del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del Asegurado; o,
- B. A petición de los herederos o representantes del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. El proveedor de servicios se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de repatriación del cuerpo prevista en el apartado anterior.
- C. Un boleto viaje redondo, máximo boleto de avión clase económica con origen en el país de residencia permanente del Asegurado, para que en caso de ser necesario, un familiar o un representante acuda al lugar del deceso.

4.9 Regreso anticipado al domicilio.

El proveedor de servicios gestionará, los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Asegurado, por avión de línea regular (Clase Económica), en caso de fallecimiento de un de cualquiera de los padres, hijos o cónyuge, en la ciudad de residencia permanente, **siempre que el Asegurado no pueda utilizar su boleto original para el regreso.**

4.10 Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.

En el caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del Asegurado, el proveedor de servicios le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda, si los objetos fuesen recuperados, el proveedor de servicios gestionará, el envío hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado o hasta su residencia permanente.

4.11 Transmisión de mensajes.

El proveedor de servicios se encargará de transmitir a petición del Asegurado, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de asistencia.

4.12 Asistencia administrativa.

En caso de robo o pérdida de pasaporte, visa y/o boletos de avión, el proveedor de servicios proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

4.13 Referencia de abogados.

A solicitud del Asegurado, el proveedor de servicios concertará una cita con un abogado, para atender la defensa del Asegurado ante cualquier proceso penal o civil en su contra.

El costo de dicho abogado, será pagado por el Asegurado directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éstos, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Asegurado. Los costos ocasionados por fianzas, cauciones y/o multas de cualquier clase, también serán por cuenta del Asegurado. **Seguro Atlas y el proveedor de servicios no serán responsables ante el Asegurado respecto a los servicios prestados por dicho abogado.**

Este servicios no aplica, si el problema es debido a la actividad profesional del Asegurado o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas,

estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

4.14 Transferencia de fondos para la defensa legal.

El proveedor de servicios transferirá fondos al Asegurado, para el pago de gastos de defensa legal (abogado), desde \$300.00 U.S. Dólares y hasta por un máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor de servicios, el representante del Asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del proveedor de servicios.

4.15 Referencia médica.

Cuando un Asegurado necesite asistencia médica, el equipo Médico del proveedor de servicios, aconsejará al Asegurado sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

El equipo Médico del proveedor de servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Asegurado y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- A. Por una visita personal de un Médico, o
- B. Concertando una cita con un Médico, o en un centro Hospitalario que será pagado por el Asegurado.

4.16 Transferencia de fondos para Gastos Médicos.

En caso de Accidente o Enfermedad el proveedor de servicios transferirá fondos al Asegurado, para el pago de Gastos Médicos, desde \$300.00 U.S. Dólares y hasta por un máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor de servicios, el representante del Asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación de del proveedor de servicios.

5. Servicio de Consultas “Cross-Coverage”

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados sólo a los Asegurados que residan en los Estados Unidos Mexicanos y viajen a los Estados Unidos de América, exceptuando a los Estados de Idaho y Arkansas.

5.1 Servicio Consultas Telefónicas

El Proveedor brindará al Asegurados acceso gratuito e ilimitado a las Consultas Telefónicas “Cross-Coverage” y servicios de información sobre salud brindada por un médico asociado con el Proveedor y con licencia para ejercer en la entidad estadounidense. El acceso al servicio será las 24 horas del día, los 365 días del año.

5.2 El tipo de casos usualmente tratables por consulta telefónica son los siguientes:

(a) Casos comunes y tratables:

- Sinusitis Aguda
- Ronchas
- Bronquitis
- Herpes
- Gastroenteritis
- Influenza
- Diarrea
- Dolores musculares
- Otitis
- Conjuntivitis
- Resfriados
- Infección en tracto urinario
- Rinitis
- Alergias
- Dermatitis
- Tos
- Dolor de oídos
- Infección en vías respiratorias, garganta

(b) Casos tratables a juicio del médico

- Irritaciones
- Acidez, reflujo
- Asma
- Periodos menstruales irregulares
- Indigestión
- Mareo
- Vértigo
- Presencia de sangre en orina, heces, saliva
- Tos crónica
- Sangrado rectal
- Sciática

Los padecimientos anteriores son enunciativos más no limitativos.

5.3 Procedimiento Consulta Médica Telefónica

El Proveedor médico procesará la solicitud de consulta y un médico asociado con el Proveedor médico llamará por teléfono al Asegurado dentro del espacio de una hora. El médico deberá:

(a) Llevar a cabo una consulta médica para evaluar las necesidades médicas del Asegurado; y

(b) Con base a la consulta médica realizada, responder a la llamada de la siguiente manera:

- (i) Determinar si la llamada es una emergencia que amenaza con la vida del Asegurado, y dirigir al Asegurado a la sala de urgencias más cercana;
- (ii) Determinar si la llamada es urgente pero no una emergencia que amenaza con la vida del Asegurado, y asesorar al Asegurado con un tratamiento indicado a su condición, recetar medicamentos necesarios, y determinar si el Asegurado debiera contactar a su médico de cabecera o no.

Los médicos no recetarán ninguna sustancia o narcótico controlado por la *Drug Enforcement Administration (DEA)*, de acuerdo a las normas que operan en cada entidad estadounidense. El servicio de consulta “*Cross-Coverage*”, no incluye el hacer citas para Consultas Telefónicas.

5.3 Tarjeta para descuentos a medicamentos

En caso de que el Asegurado sea recetado por un médico del Servicio de consultas “*Cross-Coverage*”, el Proveedor asigna una farmacia cercana al Asegurado, dónde esté podrá obtener su receta identificándose con su nombre, apellido y fecha de nacimiento.

Adicionalmente el Proveedor enviará electrónicamente al Asegurado la receta médica y una tarjeta de descuento en medicamentos, para recibir un descuento de haberlo para los medicamentos recetados. Dicho descuento sólo podrá ser aplicado en la farmacia asignada.

5.4 Proceso General del Servicio

Solamente los Asegurados que hayan completado los pasos necesarios para crear la relación médico/paciente recibirán las Consultas Telefónicas médicas de este Servicio. Dichos pasos incluyen:

1. Completar un Historial Médico integral, por teléfono con un representante del Servicio designado. En caso de que el Asegurado no complete un Historial Médico integral, no tendrá acceso a los médicos del Proveedor. Se deberá informar sobre esto al Asegurado cuando llame para solicitar el servicio;
2. Aceptar el Consentimiento Informado del Paciente y Formulario de autorización formando un entendimiento que el Proveedor no está obligado a aceptar al beneficiario como paciente, y que la participación del Asegurado en el Servicio puede ser cancelada en cualquier momento de manera inapelable por el Asegurado; y

El Asegurado también entiende y reconoce que el Servicio brinda Consultas Telefónicas “Cross-Coverage” cuando el médico de cabecera del Asegurado no está disponible.

6. Obligaciones del Asegurado.

6.1 Solicitud de asistencia.

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado o su representante llamarán por cobrar a la central de alarma del proveedor de servicios;

**Desde la Ciudad de México o por cobrar desde cualquier parte del mundo
(55) 5254 7086**

**Desde el interior de la República Mexicana
01 800 716 0843**

Para el Servicio de Consultas “Cross-Coverage”, también podrá comunicarse al:

1 844 372 6446

En donde deberá facilitar los datos siguientes:

- A. Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el proveedor de servicios podrá contactar con el Asegurado o su representante.
- B. Su nombre y su número de Póliza Individual y/o Certificado de Gastos Médicos Mayores Colectivo de Seguros Atlas.
- C. Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El equipo Médico del proveedor de servicios, tendrá libre acceso al Asegurado y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado el proveedor de servicios no tendrá obligación de gestionar ninguno de los servicios de asistencia.

6.2 Traslado Médico o repatriación.

En los casos de traslado Médico y a fin de facilitar una mejor intervención del proveedor de servicios, el Asegurado o su representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital o centro Médico donde el Asegurado esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atiende al Asegurado.

El equipo Médico del proveedor de servicios o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente Médico y al Asegurado para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Asegurado perderá el derecho a los servicios de asistencia.

En cada caso, el equipo Médico del proveedor de servicios decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado o repatriación.

En el caso de traslado o repatriación del Asegurado efectuada por el proveedor de servicios, el Asegurado deberá entregar al proveedor de servicios la parte del boleto original no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado o repatriación. Si ha lugar, el proveedor de servicios devolverá al Asegurado la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

6.3 Normas generales.

A. Mitigación.

El Asegurado está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

B. Cooperación con el proveedor de servicios.

El Asegurado deberá cooperar con el proveedor de servicios para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al proveedor de servicios los documentos necesarios, ayudar al proveedor de servicios y con cargo a este, a cumplimentar las formalidades necesarias.

C. Prescripción de las reclamaciones.

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 2 años posteriores a la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

D. Subrogación.

El proveedor de servicios quedará subrogado, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los servicios de asistencia.

Exclusiones

Para efectos de este endoso aplican las siguientes exclusiones:

1. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los asegurados en contra de la prescripción de algún Médico o durante viajes de duración superior a 90 días naturales, no dan derecho a los servicios de asistencia.
2. Las situaciones de asistencia ocurridas fuera del período de vigencia de la Póliza y/o Certificado.
3. Los asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el proveedor de servicios.
4. Los Gastos Médicos, Hospitalarios y farmacéuticos dentro de la República Mexicana.
5. Cualquier tipo de gasto Médico, farmacéutico u Hospitalario inferior a \$50.00 U.S. Dólares, realizado fuera de la República Mexicana.
6. Los servicios de asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.
7. El proveedor de servicios se verá imposibilitado de brindar el servicio de Segunda Opinión Médica cuando no sea remitida, por parte del Asegurado, la documentación completa requerida por el equipo Médico del proveedor de servicios.
8. Cuando el diagnóstico inicial informado, no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica.
9. El proveedor de servicios no se hace responsable por el caso de pérdida del material, enviado por el paciente.
10. El proveedor de servicios no se hace responsable en los casos en que por imposibilidad técnica u otros imponderables debidamente acreditados no se llegue a concretar la obtención de una respuesta.
11. El proveedor de servicios no se hace responsable por el contenido de las respuestas elaboradas por los expertos Médicos contactados.
12. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa de:
 - A. Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, asonada, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - B. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - C. Los servicios de asistencia cuando fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, impidan proporcionar dichos servicios.
 - D. Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.
 - E. La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

- F. Los causados por mala fe del Asegurado.
- G. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.
- H. La participación del Asegurado en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones, así como en pruebas de velocidad, seguridad, resistencia y/o pericia.
- I. Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
- J. Para los servicios de asistencia en viajes, cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier Enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Asegurado, antes de iniciado el viaje.
- K. Embarazos en los últimos tres meses antes de la “Fecha probable de parto”, así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
- L. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos. Salvo estados depresivos para lo estipulado en el numeral 2.3 de este endoso.
- M. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- N. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- O. La muerte o lesiones originadas, directa de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- P. Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa. Salvo para lo estipulado en el numeral 5 de este endoso.
- Q. Si por cualquier circunstancia el Asegurado se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- R. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
- S. El Asegurado no tenga identificación.
- T. La falta de la autorización expresa para el traslado del Asegurado por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- U. Rescate o aquellas situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma

enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás Accidentes del terreno o lugar.

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 01 de junio de 2018, con el número BADI-S0023-0018-2018.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0018-2018/CONDUSEF-G-00998-002.

Endoso de Visión Atlas Med

Con este endoso, que se adhiere e integra a esta póliza se manifiesta que la misma tiene Servicios Ópticos. Este servicio será brindado a través de un proveedor de servicios que se indicara en la Póliza.

Descripción del servicio:

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad visual el Asegurado requiere un aparato visual:

- I. El Asegurado podrá elegir durante la vigencia de la Póliza una de las siguientes opciones, una vez adquirida cualquiera de las opciones no tendrá derecho a cambiar la opción elegida:

(i) Anteojos Completos.

Tendrá derecho a escoger:

- a) Un armazón dentro de los modelos que cada óptica de la red del proveedor tenga autorizados para el plan contratado.
- b) Un par de micas oftalmológicas de acuerdo a las opciones de cada óptica de la red del proveedor.

Junto con los anteojos completos se incluirá un estuche duro por Armazón y una microfibra para Anteojos.

(ii) Lentes de contacto graduados.

Tendrá derecho a escoger los lentes de contacto graduados dentro de las opciones con las que cuente cada óptica de la red del proveedor.

Junto con los lentes de contacto graduados se incluirá una solución para el cuidado de los lentes.

Este servicio se sujeta a un límite anual y a la aplicación de un deducible. Ambos montos se indican a continuación.

Concepto	Plan Protección
Límite Anual de Anteojos Completos (Incluye IVA)	\$700.00 pesos
Límite Anual de Lentes de Contacto graduados, (Incluye IVA)	\$700.00 pesos
Deducible	\$50+IVA

Para efectos de este servicio el Límite Anual es la cantidad máxima que el proveedor pagará por concepto de gastos cubiertos por el servicio óptico, de conformidad con el Plan Contratado, pudiendo ser distinto el Límite Anual para Anteojos Completos al Límite Anual para Lentes de Contacto.

En caso de existir diferencia entre el costo total de los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados y el Límite Anual contratado, El Asegurado deberá pagar dicho monto directamente en la Óptica.

- II. Examen de la vista en las ópticas de la red del proveedor para la prescripción de Anteojos en caso de que sea necesario sin costo para el Asegurado.

Limitaciones del servicio:

- Únicamente se pagará una dotación de Anteojos durante la vigencia de la Póliza de Seguro hasta agotar el Límite Anual correspondiente a la opción elegida.
- Este servicio solo opera en la República Mexicana.
- El servicio que el proveedor le proporcione conformará una relación entre usted y el prestador de servicio, quien es el responsable de la calidad en los servicios.

Para hacer uso de los servicios antes mencionados:

- Elija la Óptica, consulte la lista de ópticas de la red proveedor, llamando al Centro de Contacto proveedor:
 - Ciudad de México y Área Metropolitana al 5002 3102
 - Interior de la República sin costo de larga distancia al 01 (55) 5002 3102 o 01800 347 1111
- Acuda a la Óptica y muestre su credencial de Seguro, así como original y fotocopia de una identificación oficial con fotografía.
 - En caso de extravío de su credencial de Seguro podrá presentar únicamente la identificación oficial y la Óptica deberá llamar al Centro de Contacto.
- La Óptica le realizará un Examen de la Vista y, en caso de requerir Anteojos Completos o Lentes de Contacto graduados, podrá adquirirlos de acuerdo con los Límites establecidos.
- Pague a la Óptica el Deducible de acuerdo con el Plan Contratado y el IVA respectivo por los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados. En caso de existir diferencia entre el costo total de los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados y el Límite Anual contratado, El Asegurado deberá pagar dicho monto directamente en la Óptica.

En caso de que el proveedor no cuente con una óptica de red cercana a su domicilio podrá solicitar directamente con el proveedor que se le reembolse el costo de los lentes que hubieren sido cubiertos

Exclusiones

Para efectos de este endoso en ningún caso se cubrirán los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

1. **Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
2. **Cualquier tipo de Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
3. **Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
4. **Visión baja.**
5. **Apoyos para visión baja o subnormal.**
6. **Aniseiconía (trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).**
7. **Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**
8. **Tomografías.**
9. **Angiografía fluorescente.**
10. **Reemplazo de Armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**
11. **Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como los tratamientos antirreflejantes, antirrayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.**
12. **Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados, o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la Póliza de Seguro.**
13. **Medicamentos.**
14. **Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios Ópticos cubiertos por el Plan Contratado.**

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 01 de junio de 2018, con el número BADI-S0023-0019-2018.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0019-2018/CONDUSEF-00997-002.

Endoso para Cobertura de Emergencia en el Extranjero

Esta cobertura ampara los Gastos Médicos que sean derivados del tratamiento médico y/o quirúrgico de una emergencia médica que requiera el Asegurado mientras se encuentre viajando fuera de la República Mexicana, siempre y cuando la emergencia médica ocurra dentro de los primeros noventa días naturales continuos de viaje.

La Suma Asegurada para esta cobertura es de 100,000 USD por padecimiento cubierto, con deducible de 100 USD y sin coaseguro.

Para efectos del presente endoso se cubren los siguientes Gastos Médicos:

- Gastos hospitalarios con cuarto semiprivado, los demás gastos hospitalarios se cubren de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.
- Honorarios médicos de cirujanos, anestesiólogo y ayudantes.
- Servicios de diagnóstico necesarios durante su estancia hospitalaria.
- Servicios de ambulancia terrestre desde el lugar del evento hacia el hospital.
- Costo de prótesis, necesarios para el tratamiento quirúrgico de la emergencia.

La emergencia médica termina cuando el asegurado sale de la situación crítica del estado agudo del padecimiento, manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros normales y el paciente es egresado del hospital o del servicio de urgencias, para continuar su tratamiento fuera de éste.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura cuando concluye la emergencia médica o cuando se agote la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

Independientemente del catálogo de honorarios quirúrgicos y médicos contratado para gastos en territorio nacional, en el extranjero el pago de honorarios médicos se sujetará al rango menor del catálogo Physicians' Fee & Coding Guide (Fee Range). Al momento en que el asegurado tramite su siniestro se le proporcionará toda la información necesaria para efectuar el pago del mismo, incluido el costo de los honorarios médicos que se indica en el catálogo Physicians' Fee & Coding Guide que se encuentre vigente al momento de la reclamación.

Cuando el trámite de los Gastos Médicos sea a través de Pago Directo, no se elimina el pago del Deducible y solo se aceptará esta forma de pago para siniestros cuyo monto ascienda a los 3,000 USD. Los siniestros menores a dicho monto deberán tramitarse vía reembolso.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a la que este endoso se adhieren las siguientes:

- 1. Complicaciones del Embarazo.**
- 2. Gastos del recién nacido.**
- 3. Cualquier atención al recién nacido prematuro.**
- 4. Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- 5. Estudios de cualquier tipo, medicamentos e intervenciones programadas, después de atendida la emergencia médica.**
- 6. Emergencias médicas que inicien después de transcurridos 90 días de estancia continua en el extranjero.**

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 8 de mayo de 2017 con el número BADI-S0023-0011-2017.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0011-2017/CONDUSEF-G-00515-001.

Endoso de Gastos Funerarios

Mediante este endoso, se hace constar que la Póliza tiene la cobertura de gastos funerarios.

En caso de ocurrir el fallecimiento de cualquier Asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto dentro de la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas reembolsará los gastos funerarios al Asegurado Titular y en su ausencia a quien demuestre haberlos efectuado, hasta por la suma asegurada contratada e indicada en la caratula de la póliza.

Se cubrirán los gastos funerarios del Asegurado siempre y cuando haya estado asegurado en esta Póliza al ocurrir el fallecimiento.

Los gastos funerarios cubiertos son los que se describen a continuación:

- a) Pago de trámites de índole administrativo para la obtención de documentos, permisos y pago de derechos, necesarios para la realización del servicio mortuario.
- b) Recolección del cuerpo del lugar de fallecimiento y traslado al sitio de velación.
- c) Embalsamado
- d) Servicio de tanatoestetica
- e) Ataúd.
- f) Uso de sala de velación.
- g) Materiales necesarios para velación en domicilio particular
- h) Traslado del cuerpo en carroza fúnebre del sitio de velación, al lugar de inhumación o cremación
- i) Derechos de uso de fosa en panteón civil o municipal
- j) Pullman de acompañamiento del sitio de velación al lugar de inhumación.
- k) Pago de excavación, construcción e internación en gaveta o nicho.
- l) Costo de cremación.
- m) Urna

Adicionalmente de lo establecido en el documento que hacer en caso de siniestro para hacer efectiva la cobertura deberá presentar a Seguros Atlas el acta de defunción y las facturas correspondientes, las cuales deberán ser expedidas a nombre de la persona que realizó los gastos.

Seguros Atlas se reserva el derecho a solicitar documentación adicional de conformidad con el artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguro.

En adición a las exclusiones de la Póliza a la que este endoso se adhiere, se excluye el fallecimiento a consecuencia de suicidio.

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 enero de 2017 con el número BADI-S0023-0006-2017.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0006-2017/CONDUSEF-G-00516-001.

Endoso para Cobertura en Franja Fronteriza

Mediante este Endoso se establece que la Póliza tiene cobertura en la Franja Fronteriza, definida para efectos de este contrato como el territorio comprendido dentro de las 20 millas de ancho al norte de México y que pertenece al territorio de los Estados Unidos de América.

Esta cobertura se sujetará a las siguientes condiciones:

1. Tendrán efecto todas las condiciones y coberturas de la Póliza con excepción del Deducible y el Coaseguro.
2. A los Gastos Médicos procedentes, se les aplicará un Deducible igual al doble que corresponda conforme a las condiciones de la Póliza.
3. Está cobertura aplicará un Coaseguro igual al que corresponda conforme a las condiciones de la Póliza, más 20 puntos porcentuales.
4. Los Honorarios Quirúrgicos se sujetarán a los límites establecidos en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas contratado en la Póliza.
5. Esta cobertura pagará los Gastos Médicos Cubiertos, después de haberles restado el Deducible y el Coaseguro correspondiente, hasta por la Suma Asegurada aplicable al Siniestro.
6. Aplicará sólo el sistema de reembolso para el pago de reclamaciones.

Este Endoso será aplicable, sólo para aquellos Siniestros que desde su primer gasto se atendieron en la Franja Fronteriza definida.

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 7 de marzo de 2013 con el número BADI-S0023-0022-2013.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0022-2013/CONDUSEF-G-00517-001.

Endoso de Regionalización

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que en caso de siniestro cubierto se procederá de acuerdo a lo siguiente:

Si el asegurado se atiende en hospitales de la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León o su zona conurbada, participará con 12 puntos porcentuales adicionales al coaseguro que le corresponda conforme a las condiciones de la póliza, los cuales no serán computables para el Tope de Coaseguro en caso de haberlo contratado.

Lo anterior no aplicará si el siniestro es a consecuencia de una enfermedad, que para su tratamiento médico sea estrictamente necesario su traslado a las entidades mencionadas, asimismo no procederá en caso de accidente o emergencia sufridos dentro de la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León o su zona conurbada.

Para efectos del presente endoso, se entiende que el asegurado requiere de tratamiento médico de emergencia, si sufre una alteración de su estado de salud con una afección órgano funcional súbita o lesión que ponga en peligro su vida, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos.

La aplicación del presente endoso está prevista siempre que el asegurado se atienda en los hospitales cubiertos por el plan contratado. En cualquier otro caso se aplicará adicionalmente lo establecido en el endoso de hospitales correspondiente.

El presente endoso no limita la aplicación de las condiciones de la póliza.

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 27 de marzo de 2018 con el número BADI-S0023-0013-2018.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0013-2018/CONDUSEF-G-00992-001.

Endoso por Continuación Familiar

Mediante el presente endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza, se hace constar que la misma cuenta con la cobertura de continuación familiar.

Si dentro de la vigencia de esta Póliza y como consecuencia de un padecimiento cubierto, el Asegurado Titular fallece o es dictaminado en estado de invalidez total y permanente por un médico especialista en Medicina del Trabajo, Seguros Atlas cubrirá a:

- Los Dependientes Económicos que se encuentren asegurados en esta Póliza al momento de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
- El Asegurado Titular y los Dependientes Económicos que se encuentren asegurados en esta Póliza al momento que se dictamine la invalidez total y permanente del Asegurado Titular.

Eximiéndolo(s) del pago de prima correspondiente y manteniendo vigente la póliza o el certificado durante el periodo de cobertura que inicia desde la ocurrencia del fallecimiento o del dictamen de invalidez total y permanente hasta finalizar la vigencia en curso y hasta por los siguientes 4 años del aniversario de esta Póliza.

Cuando exista una póliza o un asegurado que se encuentre haciendo uso del beneficio de este endoso, la responsabilidad de Seguros Atlas terminará cuando:

- Transcurra el periodo de cobertura establecido en el presente Endoso.
- Fallezca o alcance el límite máximo de edad de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales o no cumpla con la elegibilidad establecida en la Póliza que le dio derecho a ser beneficiado por esa cobertura.

Limitaciones

- Este endoso no será aplicable para asegurados titulares mayores de 64 años.

Definición de invalidez total y permanente

Para efectos de esta Póliza, se entenderá que el Asegurado se invalida de manera total y permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad se ve imposibilitado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos o aptitudes.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de este endoso se entiende por pérdida de una mano a la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y por pérdida de un pie, a la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Requisitos para avalar el estado de invalidez total y permanente.

- El Asegurado deberá presentar a Seguros Atlas el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, certificado y especialista en Medicina del Trabajo, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente. Dichos documentos serán evaluados por Seguros Atlas, en caso de que no proceda el reclamo, el rechazo será emitido por un médico especialista en la materia, certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.
- No procederá la reclamación si el Asegurado cuenta con la capacidad económica para solventar los tratamientos médicos existentes para corregir el padecimiento causante del estado de invalidez total y permanente, siempre que la evolución de la Enfermedad le permita someterse al tratamiento.
- Seguros Atlas, a su costa, podrá pedir, cuando lo estime necesario, en no más de una ocasión por año, solicitar se constatare que continúa el estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a las que se adhiere este endoso, se excluyen:

- 1. Fallecimiento o invalidez total y permanente, por un padecimiento no cubierto por esta Póliza.**
- 2. No se considerará invalidez total y permanente, cuando el estado de invalidez total y permanente sea consecuencia de:**
 - **Enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicósomáticas.**
 - **Radiaciones atómicas.**
 - **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, o drogas, excepto las prescritas por un médico.**
 - **Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización 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 26 de junio de 2017 con el número BADI-S0023-0042-2017.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0042-2017/CONDUSEF-G-00519-001.

Endoso Dental Atlas Med

Con este endoso, que se adhiere e integra a esta póliza se manifiesta que la misma tiene cobertura dental que opera de acuerdo a las siguientes condiciones.

Se cubren los gastos de tratamientos dentales iniciados en la vigencia de la póliza y que sean necesarios para la atención de padecimientos provocados por un accidente o enfermedad, incluyendo aquellos gastos derivados de padecimientos cuya sintomatología se haya manifestado antes del inicio de vigencia del contrato, siempre que no se haya iniciado tratamiento alguno para dichos padecimientos con médicos distintos a los de la red.

Los gastos dentales cubiertos se ajustarán a los límites establecidos para cada procedimiento y se pagarán cuando la erogación de los gastos se realice dentro de la vigencia de la póliza. La suma de todos los gastos realizados durante la vigencia de la póliza tendrá como límite \$120,000 pesos por persona, el pago de cualquier cantidad adicional a este monto estará a cargo de cada asegurado.

Para esta cobertura el asegurado debe pagar al dentista por cada servicio y/o procedimiento quirúrgico realizado, un Copago de acuerdo al procedimiento que se realice, este se calcula aplicando el porcentaje indicado al monto establecido para cada procedimiento.

El plan dental amparado cuenta con un acceso a una red cerrada, razón por la cual solamente podrá acudir con dentistas de la red. No obstante lo anterior, en caso de Urgencia Dental, y solamente cuando no se cuente con un Dentista de la Red disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de setenta kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a cuarenta y cinco minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red para obtener servicios de Urgencia, y únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia. Para el reembolso es necesario que usted presente tanto las radiografías previas al tratamiento como las posteriores al mismo.

Se entiende por Urgencia Dental a toda aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del Dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

Para mayor información acerca de la red de dentistas del proveedor del servicio y antes de iniciar cualquier acción, usted debe comunicarse a los siguientes teléfonos: llamando de la Ciudad de México y Área Metropolitana al **5002 3102** y, del interior de la República sin costo de larga distancia al **01 (55) 5002 3102 o 01800 347 1111**, donde les darán asesoría las veinticuatro (24) horas, los 365 días del año.

Gastos dentales cubiertos

Los gastos dentales y el porcentaje aplicable a cada gasto se indican a continuación:

Beneficios Dentales Cubiertos		Copago
Servicios Básicos	Evaluación Oral Completa	0%
	Limpieza dental en adulto y niño	
	Consulta Periodontal Completa	20%
	Restauración con amalgamas y resinas	
	Rayos X	
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)		20%
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)		20%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)		20%

A continuación se describen de manera genérica los beneficios cubiertos:

I. Servicios Básicos

(Evaluación oral completa, limpieza dental en adulto y niño, consulta periodontal Completa, restauraciones con amalgamas y resinas, y rayos X)

- Evaluación Oral y Evaluación Periodontal: una en doce meses
- Radiografía Periapical: cuatro en doce meses
- Radiografía Aleta de Mordida: cuatro en doce meses
- Placa Panorámica: una en cinco años
- Serie Radiográfica: una en cinco años
- Profilaxis (limpieza): una en cualquier periodo de seis meses
- Amalgamas: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes anteriores: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes posteriores: una cada tres años por cada diente o superficie

II. Procedimientos Quirúrgicos Menores

(Extracciones simples y otros procedimientos menores)

- Extracción de restos coronales en dientes deciduos: una por cada diente. **No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.**

- Extracción de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps): una por cada diente
- Reimplantación de diente y/o estabilización de diente, causado por accidente o desplazamiento
- Biopsia de tejido oral, duro y blando: una cada doce meses (sin costo de laboratorio)
- Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral)
- Raspado y alisado periodontal de raíz: en un mismo cuadrante, uno cada dos años

III. Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)

- Remoción quirúrgica de diente expuesto, que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente: una por cada diente
- Remoción de diente impactado en tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso: una por cada diente
- Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes: una por cada diente
- Cierre de fístula oroantral: uno por cada diente
- Cierre primario de un seno perforado: uno por cada diente
- Alveoloplastia: una por cada diente
- Vestibuloplastia
- Remoción de exostosis lateral, de torus palatino y torus mandibular
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
- Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando intraoral y extraoral
- Remoción de cuerpos extraños
- Osteotomía parcial/Secuestrectomía para la remoción de hueso no vital
- Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños
- Frenilectomía y Frenuloplastia: una de por vida
- Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronar
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

IV. Endodoncias

(Remoción de nervio dental)

- Pulpotomía terapéutica: una por cada diente (sólo en dientes primarios)
- Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Apexificación/Recalcificación: una por cada diente
- Cirugía de Apicectomía/perirradicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Obturación retrógrada por raíz: una por cada diente
- Amputación radicular: una por cada diente
- Hemisección: una por cada diente

Limitaciones de los gastos dentales cubiertos

- 1. Limitaciones en Planes de Tratamiento o Procedimientos opcionales.** En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos cubiertos por la Póliza de Seguro, únicamente se pagará el porcentaje aplicable al honorario del Procedimiento o Tratamiento alternativo menos costoso si el Tratamiento o Procedimiento restaura la salud bucodental del Asegurado, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento alternativo se incluyen, entre otros: técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial sobre dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización, como son joyas, hombros en coronas, o cualquier otro medio de cobro de Procedimientos en componentes individuales cuando la costumbre es cobrarlos como parte de un Procedimiento general, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
- 2. Limitaciones en Beneficios de Restauraciones.** Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Procedimiento restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como un Beneficio Excluido de la Póliza de Seguro.
- 3. Limitaciones en Radiografías.** Únicamente pagará por radiografías tomadas para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo no serán pagadas, ya que su costo está incluido en el costo total de cada Tratamiento o Procedimiento (en el Honorario Máximo pactado con el Dentista). Las Series Radiográficas completas están limitadas a una cada cinco años, las radiografías panorámicas acompañadas por radiografías de aleta de mordida están limitadas a una cada cinco años. Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a cuatro por año. Las radiografías periapicales están limitadas a cuatro en un año. Para el caso de las radiografías periapicales, aleta de mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica. Si se toma una radiografía panorámica conjuntamente con una serie intraoral completa, Se considerará la radiografía panorámica conjuntamente incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no suplanta a la limitación particular del Procedimiento Serie Radiográfica ni la del Procedimiento Placa Panorámica).
- 4. Las evaluaciones orales incluyendo visitas para observación y Consultas.** Están limitadas a una Evaluación Oral cada año. Se pagará una sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de Evaluación Oral y Evaluación Oral completa.
- 5. Limitaciones en Profilaxis.** Las profilaxis están limitadas a dos al año.
- 6. Limitación a las Resinas en Dientes Posteriores.** Se cubren las resinas de una y dos superficies en dientes posteriores, siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor

al 50%. Será obligación del Asegurado presentar las radiografías o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.

7. **Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores.** El Procedimiento de raspado y alisado aplican únicamente a pacientes mayores de 35 años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de dos cuadrantes por año.
8. En Incisión y Drenaje de abscesos complicados se excluye la Angina de Ludwig.

Exclusiones

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**
2. **Tratamientos que incrementen la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, abrasión, erosión, o de cualquier otra manera, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. También quedan excluidos el protector oclusal y el ajuste oclusal completo.**
3. **Tratamientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos, Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes), carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración, así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. Si los servicios realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán Beneficios Excluidos.**
4. **Servicios prestados o materiales suministrados antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados.**
5. **Ferulización periodontal, equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos asociados e injertos extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

6. Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, selladores de fisuras y aplicación tópica de flúor.
7. Terapia miofuncional (de la función de los músculos).
8. Diagnóstico o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.
9. Medicamentos, incluyendo medicamentos de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, premedicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general y cargos separados por anestesia local.
10. Implantes y servicios relacionados (materiales implantados dentro y sobre el hueso o tejido suave).
11. Tratamientos o Procedimientos de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
12. Servicios prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
13. Tratamientos o materiales suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos y cualquier honorario adicional cobrado por el Dentista por Tratamiento en hospital.
14. Servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.
15. Cualquier servicio que no sea parte del Tratamiento, como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use durante el Tratamiento o Procedimiento, cuando su costo deba estar incluido en el total del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser: los algodones, las mascarillas y las técnicas de relajación como la música.
16. Reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste demostrable de la restauración.

17. **Servicios de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas).**
18. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.**
19. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.**
20. **Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**
21. **Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**
22. **Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades que se originen a consecuencia de:**
 - a. **Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**
 - b. **Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

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 24 de abril de 2015, con el número BADI-S0023-0042-2015.

Número de registro CONDUSEF: BADI-S0023-0042-2015/CONDUSEF-G-00520-001.

Le recordamos los datos de contacto de nuestra Unidad Especializada y de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) para consultas o reclamaciones relacionadas con este seguro:

Unidad Especializada

Ubicación: Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120

Delegación Cuajimalpa, Ciudad de México

Teléfono: (55) 9177-5220 o al 01800-849-3916

Correo electrónico: rlabastida@segurosatlas.com.mx

Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas

CONDUSEF

Ubicación: Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, C.P. 0310, Ciudad de México

Teléfono: (55) 5340-0999 y 01-800-999-8080

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Horario de atención: consulte la información relativa a los horarios de atención de la oficina más cercana en <http://www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones>.

Puede consultar en la página de internet de Seguros Atlas www.segurosatlas.com.mx para conocer otros beneficios de Visión, como:

- Descuentos en reposición de micas oftálmicas.
- Descuentos en modelos de costo mayor al cubierto.

Y otros servicios de Med Asistencia, como:

- Referencia de laboratorios clínicos.
- Referencia a gabinetes Médicos de imagen.
- Descuento y referencia dental.
- Paciente plus.
- Referencia de ópticas.

Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s)

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 7.- Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza.

Artículo 8.- El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

- I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:
 - a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial. Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato. Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y
 - b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;
- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;
- III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate. Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la

fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

- IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;
- V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:
 - a. En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;
 - b. En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y REGLAMENTO del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
 - c. En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

- VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;
- VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
- VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y
- IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento

después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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

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

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

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

- I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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 cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- a) 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;

- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;

- g) 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;
- h) 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

- i) 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.

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25.- Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba esta póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza o de sus modificaciones.

Artículo 26.- El artículo anterior deberá insertarse textualmente en la póliza.

Artículo 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 52.- 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 53.- 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 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69.- La empresa aseguradora 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.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa 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 artículo anterior.

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 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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 aplicaron 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 de Fianzas, a partir del día 25 de junio de 2015 con el número RESP-S0023-0530-2015”.

Número de registro CONDUSEF: RESP-S0023-0530-2015/CONDUSEF-G-00698-001.