



360° INDEMNIZATORIO SEGURO INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

Condiciones Generales

INDICE

I. DEFINICIONES	4
II. OBJETO DEL SEGURO	10
III. COBERTURAS	10
IV. COBERTURAS CON PERIODO DE ESPERA	17
V. SERVICIOS DE ASISTENCIA	19
VI. EXCLUSIONES GENERALES	23
VII. CLÁUSULAS GENERALES	25

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 2026, con el numero PPAQ-S0112-0003-2026/CONDUSEF-007092-03

I. DEFINICIONES

Los conceptos indicados a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este contrato.

Accidente Cubierto

Todo acontecimiento externo, súbito, fortuito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado, que cause lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico, o que provoque la muerte de cualquiera de los Asegurados inscritos en esta póliza, siempre que esté vigente y el evento no esté expresamente excluido. Todas las lesiones derivadas de un mismo accidente se considerarán un solo evento.

Para efectos de este contrato, también se considerará Accidente Cubierto la afectación de la salud ocasionada por asfixia o aspiración involuntaria de gases o vapores letales, electrocución involuntaria, o envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos, siempre que estos últimos no hayan sido administrados por otra persona con la intención de causar daño.

Accidente No Cubierto

No se consideran cubiertos los accidentes cuando la primera atención médica se brinda después de transcurridos noventa días (90) desde la fecha del acontecimiento, las lesiones corporales o fallecimiento causados intencionalmente por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Asegurados Dependientes, así como aquellos accidentes que estén expresamente excluidos en la póliza.

Asegurado (a)

Toda persona que cumpla con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este contrato y que se encuentre expuesta a los riesgos cubiertos por la póliza, según lo especificado en sus condiciones generales y anexos.

- a) Asegurado(a) Titular: Persona física mayor de dieciocho (18) años y hasta sesenta y cinco (65) años, que reside en territorio nacional, ejerce los derechos de los Asegurados ante PREVEM y es quien recibe el pago de las indemnizaciones o reembolsos para los que apliquen el presente Contrato.
- b) Asegurado Dependiente: Cónyuge, concubina o concubinario hasta los sesenta y cinco (65) años, y a los hijos solteros del Asegurado Titular hasta los veinticuatro (24) años, siempre que dependan económicamente de él, tengan residencia permanente en la República Mexicana, deben ser aceptados por PREVEM como asegurados y que hayan sido designados en la carátula de la póliza.

Beneficiario

Persona o personas expresamente designadas por el asegurado en la solicitud del seguro, como titulares del derecho a recibir la indemnización estipulada en la póliza, particularmente en caso de fallecimiento del Asegurado. La designación del beneficiario es de libre nombramiento por parte del Asegurado, siempre que exista un interés asegurable que la justifique. El Beneficiario será quien tenga la facultad de hacer efectivo el cobro de la indemnización conforme a lo establecido en el contrato de seguro.

Cirugía o Acto Quirúrgico Amparado

Intervención quirúrgica o un procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al asegurado que consiste en extirpar, sustituir, corregir un defecto o lesión, o efectuar una modificación

en un tejido u órgano dañado, con fines terapéuticos, mediante técnicas invasivas realizadas por medio de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

- a) Una enfermedad o padecimiento.
- b) Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

Clave CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades)

Categorización de enfermedades por medio de una clave que permite identificar un padecimiento en particular, es un estándar de uso regular entre la comunidad médica.

Contratante

Persona física o moral que firma la solicitud maestra (la cual sirve de base para la expedición de la póliza) y a quien le corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas.

Contrato

El Contrato de seguro está constituido por:

- a) La carátula de la póliza, que es el documento en que se identifica al Contratante, al Asegurado Titular y, en su caso, a sus Asegurados Dependientes, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados.
- b) La póliza.
- c) Condiciones Generales.
- d) En su caso, las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que, debidamente firmados por un funcionario autorizado de PREVEM, modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- e) Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la solicitud individual del seguro y en el cuestionario médico.
- f) Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito en la solicitud maestra del seguro.
- g) Cualquier otro documento que haya servido para celebración del contrato.

Deducible

Primera cantidad erogada a cargo del Asegurado para cada Accidente cubierto, antes de que PREVEM pague los Gastos Médicos que se establecen bajo esta póliza.

Días de Espera

Periodo inicial, contado a partir del ingreso hospitalario del Asegurado, durante el cual no procede el pago de la Indemnización Diaria por Hospitalización. Dicho periodo será el elegido por el Asegurado y se encontrará señalado en la carátula de la póliza. Un día equivale a veinticuatro (24) horas continuas.

Endoso

Documento que forma parte integrante del contrato de seguro y que modifica o adiciona sus condiciones. Las disposiciones contenidas en el endoso prevalecerán sobre las Condiciones Generales en todo aquello que resulte contrario a estas.

Enfermedad o Padecimiento

Se considera enfermedad o padecimiento preexistente aquel cuya reclamación resulte improcedente, cuando existan pruebas documentales que acrediten que el asegurado lo padecía antes de la celebración del contrato, conforme a los siguientes casos:

- a) Que, antes de contratar, se haya declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante expediente o constancia médica con diagnóstico emitido por médico legalmente autorizado, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio de diagnóstico reconocido. Asimismo, cuando la aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado realizó gastos para obtener dicho diagnóstico, podrá solicitarle los resultados o el expediente médico correspondiente para resolver la procedencia de la reclamación.
- b) Que, antes de contratar, el asegurado haya efectuado, con comprobantes documentales, gastos para recibir tratamiento médico del padecimiento o enfermedad.

En todos los casos, los signos o síntomas no deben haber pasado inadvertidos y deben haberse manifestado antes de la celebración del contrato.

Para determinar objetivamente la preexistencia de enfermedades o padecimientos, la aseguradora podrá solicitar al solicitante un examen médico como parte del procedimiento de suscripción. Si el asegurado se somete a dicho examen, no se aplicará la cláusula de preexistencia respecto de enfermedades o padecimientos vinculados al tipo de examen practicado que no hubieran sido diagnosticados en él.

Cuando la aseguradora considere improcedente una reclamación por tratarse de un padecimiento preexistente, el asegurado podrá acudir a un perito médico, designado de común acuerdo y por escrito entre ambas partes, para someter el caso a arbitraje privado. El perito no deberá tener vínculo con ninguna de las partes y deberá declarar su independencia e imparcialidad, así como revelar cualquier circunstancia que pueda afectar dichas condiciones.

Estado Alcohólico

La presencia de un nivel mayor a 80 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre.

Evento Cubierto

Accidente Cubierto o Enfermedad no Preexistente que ocurra durante la vigencia de la póliza, quedando su cobertura sujeta a las definiciones, términos y disposiciones establecidas en el presente contrato de seguro.

Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentren expresamente indicadas en el contrato, en la documentación contractual o en la Ley.

Experimental o Investigación

Se refiere a cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento que:

- a) No cuente con amplia aceptación como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o condición, según el consenso de organizaciones profesionales reconocidas por la comunidad médica internacional o por autoridades de salud nacionales o extranjeras
- b) Se encuentre en estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico, incluyendo protocolos de investigación.
- c) Tenga su uso restringido a estudios científicos o de investigación clínica.
- d) No haya demostrado su efectividad, valor o beneficio terapéutico de forma objetiva.

Gastos Médicos Cubiertos

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, se consideran cubiertos todos aquellos Gastos Usuales Razonables y Acostumbrados, médicamente necesarios, que no sean catalogados como experimentales o de investigación, en los que se incurra durante la vigencia del contrato, sujetos a la suma asegurada y al deducible indicados en la carátula de la póliza. Estos gastos deberán derivar de atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas a las que deba someterse el Asegurado por un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato.

Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (GURA)

Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales corresponden a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones.

El listado de referencia del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado es de carácter descriptivo y no limitativo, e incluye los procedimientos e insumos requeridos por nuestros asegurados hasta la fecha. Si un servicio o insumo médico no aparece en dicho listado, el Asegurado podrá solicitar a PREVEM la cotización o valor correspondiente, siempre que el padecimiento que origina el gasto, así como el servicio o insumo, no se encuentren expresamente excluidos. El Catálogo del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado estará disponible en el Portal de Clientes de PREVEM en la página www.prevemseguros.com.mx.

Hospital, Sanatorio o Clínica

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

Hospitalización

La estancia continua y justificada de una persona registrada como paciente interno en un Hospital, Sanatorio ó Clínica por más de 48 horas y que inicia desde que el paciente se interna hasta que es dado de alta por el médico tratante.

Insurrección

Si el Asegurado participa en levantamiento violento y organizado de ciudadanos o súbditos, que actúa en contra del poder legalmente constituido de un gobierno, con el fin de derrocarlo o deponerlo, sea en territorio nacional o en el extranjero, se considera objeto de exclusión de este contrato de seguro.

Médico

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico, designado para proporcionar atención médica al Asegurado Titular o a alguno de los Asegurados Dependientes, teniéndolos bajo su cargo y atención directa. El Médico no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Pérdida Orgánica

Amputación total o parcial, quirúrgica o traumática, de un pie, una mano o de los dedos; el anquilosamiento total de estas extremidades; la pérdida de un ojo ya sea física o por pérdida completa e irreparable de su función visual; la pérdida total de la audición en ambos oídos; o el acortamiento de al menos cinco (5) centímetros de un miembro inferior.

Periodo al Descubierta

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de primas o por no haber realizado la renovación de la póliza.

Práctica Profesional de cualquier deporte

Desempeño voluntario y regular de la práctica de un deporte dentro del ámbito de la organización y dirección de un club o entidad deportiva, a cambio de una remuneración o salario que representa el sustento de su vida personal, y que lo obliga a practicar cotidianamente dicha actividad para perfeccionarla.

Periodo Máximo de Hospitalización

Límite máximo de tiempo, contado a partir del primer día de hospitalización del Asegurado, durante el cual reconocerá la Indemnización Diaria por Hospitalización contratada. Dicho periodo será el elegido por el Asegurado y se encontrará señalado en la carátula de la póliza.

PREVEM

Mención que hace referencia a Prevem Seguros S.A. de C.V. Es la aseguradora y constituye la persona moral que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Prima

Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y a favor de PREVEM.

Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante PREVEM, para obtener los Beneficios del Contrato a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto. PREVEM define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la póliza.

Reembolso

Es el procedimiento mediante el cual el asegurado cubre directamente los gastos médicos derivados de la atención de un accidente cubierto y, posteriormente, solicita a PREVEM la restitución de los gastos médicos procedentes. El reembolso se efectuará hasta el límite establecido en la carátula de la póliza, descontando el deducible, los gastos personales y/o no cubiertos.

Renovación

Emisión consecutiva de la póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

Residencia

Para efectos de este Contrato solamente estarán cubiertos por la póliza, el Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o el Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a PREVEM el lugar de Residencia de los Asegurados Dependientes cuando éstos vivan en un domicilio diferente al del Asegurado Titular.

Siniestro

La materialización del riesgo derivado de un accidente o enfermedad cubiertos por este contrato, presentado por el Asegurado Titular o los Asegurados Dependientes a PREVEM para su indemnización, siempre que el evento esté amparado por la póliza.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de PREVEM por Asegurado y cobertura, a consecuencia de un evento cubierto de acuerdo con lo establecido en la carátula de la póliza.

II. OBJETO DEL SEGURO

PREVEM pagará la Suma Asegurada al Asegurado, en una sola exhibición, por cada cobertura indicada en la carátula de la póliza, conforme a las particularidades, términos, condiciones, exclusiones y vigencia establecidos en este contrato.

III. COBERTURAS

Las coberturas establecidas en este contrato operan de manera independiente frente a la ocurrencia de un accidente o al diagnóstico de alguna de las enfermedades o padecimientos y aplican las que están expresamente indicadas en la carátula de la póliza; cualquier cobertura no señalada en la misma se considera no amparada.

1. MUERTE ACCIDENTAL

Si como resultado de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días naturales posteriores al mismo el asegurado fallece, PREVEM pagará la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios indicados en la póliza.

2. PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

Si a consecuencia de un Accidente Cubierto, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de ocurrencia, el Asegurado llegara a sufrir alguna de las Pérdidas Orgánicas señaladas en la escala "A" o "B" de indemnizaciones, PREVEM pagará el porcentaje que corresponda a la pérdida sufrida, de acuerdo con la escala contratada. En caso de presentarse múltiples Pérdidas Orgánicas cubiertas, el monto total de la indemnización no podrá exceder el 100% de la Suma Asegurada contratada para este Beneficio.

POR LA PÉRDIDA DE	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN	
	ESCALA DE INDEMNIZACIÓN "A"	ESCALA DE INDEMNIZACIÓN "B"
Ambas manos	100%	100%
Ambos pies	100%	100%
La vista en ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano	50%	50%
Un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	NO APLICA	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o índice	NO APLICA	30%

POR LA PÉRDIDA DE	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN	
	ESCALA DE INDEMNIZACIÓN "A"	ESCALA DE INDEMNIZACIÓN "B"
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	NO APLICA	25%
La audición total de los dos oídos	NO APLICA	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	NO APLICA	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	NO APLICA	15%
El dedo medio	NO APLICA	5%
El dedo anular	NO APLICA	5%
El dedo meñique	NO APLICA	5%

3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Si como consecuencia de un Evento Cubierto el Asegurado sea hospitalizado, PREVEM pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización contratada, siempre que la hospitalización supere los Días de Espera.

El pago se efectuará por cada día completo de hospitalización, y continuará hasta alcanzar el Periodo Máximo de Hospitalización, sin que en ningún caso pueda excederse dicho límite.

Si el Asegurado incurre en hospitalizaciones sucesivas derivadas de un mismo Evento Cubierto, y dichas hospitalizaciones se encuentren separadas por intervalos no mayores a doce (12) meses, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, para efectos del cálculo del Periodo Máximo de Hospitalización. El criterio de Días de Espera y Periodo Máximo de hospitalización se encuentra en apartado de Definiciones de este contrato.

4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto, e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de ocurrencia, requiriera someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización o utilización de servicios de enfermería, ambulancia o medicamentos, PREVEM reembolsará los Gastos Médicos Cubiertos, previa comprobación de los mismos, aplicando el Deducible contratado para esta cobertura y hasta por el monto de la Suma Asegurada.

La **Suma Asegurada** para esta cobertura aplicará por cada Accidente Cubierto, y la obligación de PREVEM respecto del Asegurado cesará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Se agote la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza.
- b) Transcurran trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la primera erogación efectuada por el Asegurado.
- c) El Asegurado sea dado de alta de las lesiones derivadas del accidente.

5. INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURAS GRAVES

En el caso de que el Asegurado sufra quemaduras de tercer grado que afecten al menos el 25% de la superficie corporal, de acuerdo con la Regla de los Nueve o la carta de superficie corporal de Lund & Browder, según corresponda, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada para este beneficio.

Para el pago de la indemnización, será necesario presentar un reporte médico detallado que describa la localización y extensión de las quemaduras.

12

6. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Si como resultado de un Accidente Cubierto, el Asegurado permanece hospitalizado, una vez transcurrido el periodo mínimo de hospitalización y hasta por el número máximo de días señalado en la carátula de la póliza, PREVEM pagará la Suma Asegurada correspondiente a este beneficio por cada día completo de hospitalización del Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Cuando no exista justificación médica para a hospitalización (curas de reposo).|

7. INDEMNIZACIÓN POR ROTURA DE HUESOS

En caso de que el Asegurado sufra una rotura de hueso consecuente de un Accidente Cubierto, PREVEM pagará la Suma Asegurada correspondiente conforme a la localización de la fractura indicada en la Tabla de Indemnización establecida en la carátula de la póliza.

Localización de la fractura	Clave CIE
Cuello	S120, S121, S122, S127, S128 y S129
Cadera/Pelvis	S321, S322, S323, S324, S325, S327 y S720
Cráneo	S020, S021, S027, S028 y S029
Fémur, tarso o húmero	S721, S722, S723, S724, S727, SS728, S729, S922, S923, S924, S925, S422, S423, S424 y S427
Tobillo, tibia o peroné, escápula	S820, S821, S822, S823, S824, S825, S826, S421
Maxilar inferior o clavícula	S026, S420
Cúbito, radio, muñeca	S520, S521, S522, S523, S524, S525, S526, S527, S528, S529, S620, S621
Vértebras	S220, S221, S320, S328
esternón, hueso malar	S222, S024

El monto por pagar al Asegurado en cada tipo de fractura es la que resulte de multiplicar el porcentaje correspondiente por la suma asegurada de referencia indicados en la carátula de la póliza.

En caso de fracturas múltiples, la indemnización no podrá rebasar el 100% de la suma asegurada contratada.

Exclusiones específicas

- Si el asegurado presenta antecedentes de osteoporosis u osteopenia, o fracturas ocurridas como consecuencia de dichas condiciones.
- Fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
- Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
- Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
- Fracturas a consecuencia de deportes extremos o actividades no declaradas que aumenten el riesgo.
- Fracturas a consecuencia de Accidentes No Cubiertos o Enfermedades preexistentes.

8. INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

En caso de que el Asegurado Titular sufra Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente Cubierto, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Invalidez Total y Permanente la incapacidad que, derivada de un Accidente Cubierto, impida al Asegurado Titular desempeñar su ocupación habitual o cualquier otra actividad compatible con sus conocimientos y aptitudes, de manera absoluta y por el resto de su vida.

Asimismo, se considerará que existe Invalidez Total y Permanente cuando, a consecuencia de un Accidente Cubierto, el Asegurado sufra la pérdida total y definitiva de la función de los siguientes miembros:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos.
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies.
- La pérdida de una mano y un pie.
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo.
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo.

Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá:

1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del Asegurado y;
2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un Médico especialista en estos eventos. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al Asegurado en un evento cubierto por este seguro.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS

- Enfermedad mental, corporal o cualquier padecimiento preexistente.
- Cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de alucinógenos.
- Cuando el asegurado se encuentre en cualquier tipo de aeronave, salvo que viaje como pasajero en una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.

9. INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN DE AL MENOS 48 HORAS

PREVEM pagará la suma asegurada contratada e indicada en la carátula de la póliza en caso de intervención o procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al asegurado y que requiera necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas. La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de un Evento Cubierto o un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- Cirugías como tratamiento para Enfermedades preexistentes y/o congénitas.
- Cirugías o procedimientos debidos a suicidio, intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- Cirugías secundarias a bulimia o anorexia.
- Aborto, cesárea, parto, y/o legrado uterino y sus complicaciones.
- Cirugías por control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, Enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
- Intervenciones quirúrgicas cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- Cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.

- Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones para calvicie, obesidad y reducción de peso.
- Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.
- Cirugías relacionadas con diálisis o insuficiencia renal.
- Tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
- Cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- Cirugías experimentales o procedimientos quirúrgicos que no estén avalados por la COFEPRIS (Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios).
- Hospitalizaciones y/o Cirugías que no sean médicamente necesarias.
- Procedimientos quirúrgicos que se deriven de cometer un acto ilícito.

10. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Alzheimer, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Alzheimer una enfermedad neurodegenerativa progresiva que provoca deterioro irreversible de las funciones cognitivas y trastornos conductuales, asociada a la muerte de neuronas y a la atrofia de diferentes regiones del cerebro.

Para que PREVEM efectúe el pago de la indemnización correspondiente, el diagnóstico deberá ser emitido por un Médico Especialista en la materia, con los conocimientos suficientes y debidamente certificado y avalado por la autoridad competente. Asimismo, deberá presentarse evidencia diagnóstica mediante alguno de los siguientes estudios:

- Tomografía Axial Computarizada (TAC).
- Resonancia Magnética Nuclear (RMN).
- Tomografía por Emisión de Positrones (TEP).
- Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT).

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- Demencia (de cualquier tipo).

11. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera y única vez con Infarto Agudo al Miocardio, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula. Dicho diagnóstico deberá ser emitido por un médico especialista en la materia, con los conocimientos suficientes y debidamente certificado y avalado por la autoridad competente.

Se define Infarto agudo al miocardio como la muerte o necrosis isquémica de una porción o región del músculo cardíaco que resulta de la obstrucción del flujo sanguíneo y falta de oxígeno. El diagnóstico debe fundamentarse en los siguientes tres (3) criterios y debe ser definitivo:

- Signos y/o Síntomas clínicamente aceptados y que correspondan con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio.
- Cambios característicos en el trazo electrocardiográfico que confirmen el infarto agudo al miocardio.
- La elevación característica por arriba de los valores normales de marcadores bioquímicos y enzimas cardíacas específicas como consecuencia exclusiva del Infarto agudo al miocardio.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.
- Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el ECG ni signos clínicos de infarto.
- La angina de pecho y todas las otras formas de síndromes coronarios agudos que no causen necrosis no están cubiertas.
- En caso de preexistencia o antecedentes de enfermedad coronaria previa a la contratación del seguro.

12. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

PREVEM pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez de evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneal, con:

- a) Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- b) Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 3 (tres) meses después de la fecha del diagnóstico. El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen (tomografía axial computarizada o resonancia magnética).

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- Ataque isquémico transitorio.
- Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.

IV. COBERTURAS CON PERIODO DE ESPERA

El pago de la indemnización por parte de PREVEM, correspondiente a las coberturas descritas en este apartado, se efectuará únicamente una vez concluido el periodo de espera contado desde la fecha de contratación. Dicho pago aplicará exclusivamente para las coberturas expresamente señaladas, considerando el plazo específico indicado para cada una en la carátula de la póliza. Cualquier cobertura no mencionada en la carátula se considerará excluida. Asimismo, el Evento Cubierto deberá ocurrir dentro de la vigencia del contrato.

1. INDEMNIZACIÓN EN CASO DE APENDICECTOMÍA

En caso de que el asegurado sea intervenido mediante una apendicectomía médicamente necesaria, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza.

2. INDEMNIZACIÓN EN CASO DE COLECISTECTOMÍA

En caso de que el asegurado sea intervenido mediante una colecistectomía médicamente necesaria, PREVEM pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

3. INDEMNIZACIÓN EN CASO DE EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS URINARIOS

En caso de que el asegurado sea intervenido para extraerle cálculos urinarios por medio de endoscopia o microcirugía, siempre y cuando el procedimiento sea médicamente necesario, PREVEM pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

4. INDEMNIZACIÓN POR HERNIA

En caso de que el asegurado sea intervenido mediante una cirugía medicamente, necesaria en caso de hernia inguinal, femoral, umbilical o epigástrica, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza.

5. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CANCER

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Cáncer, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula. Dicho diagnóstico deberá ser emitido por un médico especialista en Oncología, debidamente certificado por el Consejo Médico y/o por la autoridad competente, y deberá estar respaldado por el resultado histopatológico que confirme la enfermedad.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas.
- Cáncer de próstata en estadio menor que T2bN0M0.
- Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor que T2N0M0.
- Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.

- **Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica.**

6. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PARKINSON

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Parkinson, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por Parkinson un trastorno neurodegenerativo progresivo del sistema nervioso central que afecta las funciones motoras y neurológicas, pudiendo provocar temblores, rigidez muscular y movimientos involuntarios.

Para que proceda la indemnización, el diagnóstico inicial deberá ser emitido o avalado por un Médico Especialista (Neurólogo, Internista o Geriatra), debidamente certificado por la autoridad competente, y acompañado del informe médico correspondiente. Además, se deberán presentar al menos cinco estudios de gabinete, imagenológicos o de laboratorio que respalden clínicamente el diagnóstico, cumpliendo los criterios de los Grupos A y B:

- Grupo A: temblor en reposo, bradicinesia, rigidez y comienzo asimétrico de los síntomas.
- Grupo B: inestabilidad postural significativa en los primeros tres (3) años; episodios de “congelamiento” (freezing); alucinaciones no inducidas por medicamentos; aparición de demencia antes o durante el primer año; parálisis supranuclear de la mirada o enlentecimiento de los movimientos verticales; síntomas graves de disautonomía no relacionados con medicamentos; y persistencia de los síntomas por al menos tres (3) años sin que otras características del Grupo B estén presentes.

Se requiere el cumplimiento de todos los criterios de ambos grupos para que la cobertura sea aplicable.

7. INDEMNIZACIÓN POR INSUFICIENCIA RENAL

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Insuficiencia Renal Terminal, PREVEM pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Insuficiencia Renal Terminal la etapa final de una enfermedad caracterizada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que haga indispensable la realización de diálisis peritoneal, hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS

- **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA

El Contratante puede optar por añadir uno o más servicios de asistencia como complemento a las coberturas contratadas bajo este seguro. Estos servicios serán brindados a través de un proveedor con convenio con PREVEM, aplican únicamente para el Asegurado Titular y cuando se encuentren expresamente señalado como amparado en la carátula de la póliza. Para hacer uso de cualquiera de los servicios, deberá comunicarse a los números telefónicos que PREVEM haya asignado.

1. Orientación Médica Telefónica

El usuario tendrá acceso a orientación médica general las 24 horas del día, los 365 días del año, mediante una consulta telefónica informativa con médicos generales certificados. Este servicio tiene como finalidad proporcionar una evaluación preliminar de síntomas, recomendaciones básicas de cuidado personal, consejos preventivos de salud y sugerencias sobre la necesidad de acudir a atención médica presencial o especializada.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- **El servicio no contempla atención en casos de emergencia médica, ni en situaciones que requieran intervención inmediata o presencial.**
- **No incluye la prescripción de medicamentos, la realización de estudios clínicos, el seguimiento de tratamientos médicos, ni la emisión de certificados médicos.**

2. Telemedicina

Asistencia primaria de salud a través de dispositivos de comunicación electrónicos, como teléfonos inteligentes. Su objetivo es brindar al Asegurado información y asesoría médica, proporcionando respuestas y recomendaciones a los signos o síntomas que este comunique sobre su estado de salud.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- **El servicio está diseñado para brindar orientación médica en casos de síntomas leves o no urgentes.**
- **La atención se proporciona a través de plataformas digitales seguras, y está sujeta a la disponibilidad médica al momento de la solicitud.**
- **Las recomendaciones emitidas se basan exclusivamente en la información proporcionada por el usuario durante la consulta, por lo que su precisión depende de la veracidad y claridad de dicha información.**
- **Este servicio no sustituye una consulta médica presencial, ni reemplaza diagnósticos clínicos completos realizados por profesionales de salud en un entorno físico.**
- **No incluye la prescripción de medicamentos controlados, la realización de estudios de laboratorio, ni el seguimiento especializado de tratamientos médicos.**

3. Médico a Domicilio

Coordinación de envío de un médico general a su domicilio, para la atención de padecimientos no urgentes. El servicio está sujeto a la disponibilidad, así como a los términos y condiciones de

las sucursales y clínicas afiliadas. Cualquier servicio adicional no incluido en la atención inicial correrá a cargo del Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

El servicio no incluye, ni contempla en ninguna circunstancia, los siguientes conceptos:

- **Atención médica especializada o proporcionada por médicos fuera de la red autorizada por el proveedor.**
- **Servicios de urgencias o emergencias médicas, que requieran atención inmediata o traslado.**
- **Procedimientos clínicos, estudios de laboratorio, suministro de medicamentos, recetas médicas o tratamientos adicionales.**
- **Emisión de certificados médicos, constancias oficiales, incapacidades laborales o cualquier documento con validez legal.**
- **Atención a menores de edad sin la presencia de un tutor legal debidamente identificado.**
- **Cancelaciones fuera del tiempo establecido por el proveedor médico, que impidan la correcta gestión del servicio.**
- **Visitas médicas en zonas fuera de cobertura o en condiciones que representen riesgo para el personal médico.**

4. Consulta Médica en Consultorio Médico General

El servicio consiste en la programación de una consulta médica general, con el propósito de brindar orientación médica básica, una evaluación inicial de síntomas y recomendaciones generales de salud.

La gestión del servicio está a cargo del proveedor, mediante una red de médicos generales certificados, y está sujeta a disponibilidad geográfica y de agenda.

EXCLUSIONES GENERALES

- **Consultas con médicos especialistas (cardiólogos, pediatras, ginecólogos, etc.).**
- **Servicios de urgencias o emergencias médicas.**
- **Prescripción de medicamentos controlados o tratamientos prolongados.**
- **Emisión de certificados médicos, incapacidades laborales o constancias oficiales.**
- **Reembolsos por consultas médicas realizadas fuera de la red del proveedor.**
- **Atención a menores de edad sin la presencia de un tutor legal.**

5. Orientación Telefónica Nutricional

Orientación nutricional ilimitada a través de una llamada telefónica. Las sesiones se coordinarán según la disponibilidad de un profesional, de lunes a sábado, de 9:00 a 20:00 horas. Cada sesión durará 20 minutos y se centrará en el manejo preventivo de la nutrición y la mejora de hábitos alimenticios. Los temas de orientación incluyen:

- Recomendaciones de alimentos bajos en carbohidratos y azúcar.
- Cálculo de ingesta de agua recomendada según peso e IMC.
- Sugerencias para un mejor estilo de vida a través de la alimentación.
- Cálculo de calorías recomendadas según sus características personales.

EXCLUSIONES PARTICULARES

- **El servicio no cubre atención en casos de trastornos alimenticios graves, condiciones médicas que requieran intervención clínica, ni seguimiento terapéutico prolongado.**
- **No incluye elaboración de planes nutricionales personalizados, análisis clínicos, suplementos, medicamentos ni recetas médicas.**

6. Orientación Psicológica Telefónica.

Orientación psicológica ilimitada a través de llamadas telefónicas o videollamadas. El tiempo estimado de cada sesión es de 20 minutos, y su objetivo es proporcionar un espacio de contención emocional en todo el territorio nacional.

EXCLUSIONES PARTICULARES

- **El servicio no contempla la atención de emergencias psicológicas, trastornos mentales graves ni situaciones que requieran intervención clínica inmediata o especializada.**
- **Quedan excluidos del alcance del servicio: terapias prolongadas, diagnósticos clínicos, prescripción de medicamentos y la elaboración de informes psicológicos de cualquier índole.**
- **PREVEM no asume responsabilidad por diagnósticos, tratamientos, recomendaciones o decisiones adoptadas por el profesional durante la sesión de orientación, siendo estas de exclusiva competencia del profesional interviniente.**
- **La prestación del servicio está sujeta a disponibilidad geográfica y horaria, por lo que no se garantiza atención inmediata en todos los casos.**

7. Consulta Médica con Especialista

El Asegurado podrá solicitar la coordinación de una cita con un médico especialista en su consultorio, conforme a la cantidad de eventos contratado.

EXCLUSIONES PARTICULARES

- **Atención médica en situaciones de urgencia o emergencia.**
- **Prescripción de medicamentos controlados o tratamientos de carácter prolongado.**
- **Emisión de certificados médicos, constancias oficiales o incapacidades laborales.**
- **Atención a menores de edad sin la presencia de su tutor legal o representante debidamente acreditado.**

8. Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a causa de un Evento Cubierto, los beneficiarios podrán realizar la petición por las prestaciones de esta asistencia al número telefónico designado por Prevem, que consisten en los siguientes servicios.

- Atención y asesoría personalizada. 24/7, los 365 del año.
- Traslados: Del Lugar del fallecimiento a la funeraria o domicilio, y de la funeraria al panteón o crematorio.
- Asesoría en Trámites Gubernamentales.
- Arreglo Estético.
- Facilidades para celebrar servicios religiosos.
- Ataúd metálico básico.
- Sala básica o equipo de velación a domicilio.
- Cremación: en la red de funerarias a nivel nacional.
- Entrega en urna básica

EXCLUSIONES PARA ASISTENCIA FUNERARIA

- Cualquier evento ocurrido fuera del territorio nacional.
- Cuando el beneficiario no proporcione información veraz, o bien incurra en falsedad de declaraciones.

VI EXCLUSIONES GENERALES

Exclusiones aplicables a todas las coberturas.

Esta póliza no cubre lo siguiente:

- a) Accidentes que se produzcan mientras el Asegurado Titular o Asegurado Dependiente afectado, esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia.
- b) Accidentes que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.
- c) Accidentes que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes.
- d) Lesiones que se produzcan a consecuencia de un accidente ocurrido durante navegación submarina.
- e) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, que resulten, del accidente cubierto.

- f) Enfermedades, así como Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de padecimientos preexistentes.
- g) Lesiones por envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- h) Suicidio o intento de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen.
- i) Accidentes que sufra el Asegurado Titular o el Asegurado Dependiente encontrándose bajo el efecto del alcohol, o estado alcohólico, de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable.
- j) Lesiones provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de un Accidente Cubierto
- k) Gastos personales realizados por el Asegurado Titular, sus acompañantes o sus Asegurados Dependientes, durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- l) Accidentes que sean originados por participar en actividades como:
 - 1. Piloto, tripulante o mecánico en vuelo, de una línea aérea, o se encuentre a bordo de taxi aéreo, o de cualquier avión o aeronave que no sean de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - 2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - 3. Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, sobre superficie terrestre o acuática, ya sea como piloto o acompañante.
 - 4. Práctica profesional de cualquier deporte.
 - 5. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky, cualquier deporte aéreo.
- m) Lesiones o Pérdidas Orgánicas provocados por arma de fuego, que no hayan sido provocadas a consecuencia de un accidente cubierto.
- n) Todos los accidentes causados y/o relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- o) Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- p) Complicaciones de embarazos, salvo que las mismas resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.

- q) Abortos o partos prematuros, cualquiera que sea la causa
- r) Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones, excepto los reconstructivos que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- s) Cualquier gasto no Medicamento Necesario.
- t) Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
- u) Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas, micro bióticos, así como sus complicaciones.
- v) Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y similares.
- w) Cualquier servicio médico prestado por familiares del Asegurado.
- x) Medicamentos que no requieren receta médica.

VII CLÁUSULAS GENERALES

Cláusula 1. Agravación del Riesgo

El Asegurado deberá comunicar a PREVEM 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 PREVEM en lo sucesivo (Artículo 52, de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, PREVEM podrá devengar las primas anticipadas. (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de PREVEM 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, 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 PREVEM, 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 de la disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

PREVEM 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.

Así mismo se considera como agravación esencial todas las actividades no declaradas en las que el contratante/asegurado libere o exente de las responsabilidades que un prestador de servicios pudiera tener por lesiones ocurridas en la persona del asegurado, ya que al firmar este acuerdo el asegurado reconoce a que hay una agravación del riesgo. Cuando el Contratante y/o Asegurado titular informe a PREVEM la agravación esencial del riesgo, PREVEM tendrá la posibilidad de revalorar el riesgo y notificar al Contratante si continúa el seguro adquirido o se rescinde el Contrato (Artículo 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La notificación de rescisión se podrá realizar por escrito en el último domicilio del Contratante conocido por PREVEM o bien por cualquier medio acordado entre el Contratante y PREVEM.

Cláusula 2. Aplicación de Deducible

Cuando el Asegurado presente una Reclamación por Reembolso de Gastos Médicos por un Accidente Cubierto durante la vigencia de la póliza, la aplicación del Deducible establecido en la carátula de la póliza seguirá el siguiente orden:

- 1) Se sumarán todos los gastos facturados.
- 2) Se restarán todos los gastos no cubiertos (incluyendo montos en exceso de los límites establecidos en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y gastos en exceso del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado.
- 3) Se aplicará el Deducible que corresponda.
- 4) Del resultado, se restará cualquier monto en exceso de límites específicos establecidos en la póliza.

Bajo este Contrato, el Deducible por Reembolso de Gastos Médicos por Accidente se aplica una sola vez por Accidente Cubierto.

Cuando el Asegurado presente una Reclamación por Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente Cubierto durante la vigencia de la póliza, la aplicación de los días de espera establecido en la carátula de la póliza seguirá el siguiente orden:

- 1) Se sumará el número de días de Hospitalización.
- 2) Se restará el número de días de Días de Espera.

Cláusula 3. Arbitraje Médico para Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En caso de que PREVEM notifique al reclamante la improcedencia de su Reclamación, éste podrá acudir ante un arbitraje médico independiente previo acuerdo entre ambas partes, garantizando en dicho acuerdo la objetividad e imparcialidad de dichos árbitros y el procedimiento para su designación.

Si el reclamante acude a esta instancia, PREVEM acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes, en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por PREVEM.

Cláusula 4. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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. Este derecho se hace extensivo al contratante.

Cláusula 5. Beneficiarios

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La Indemnización que proceda se pagará al Asegurado o a los Beneficiario(s) que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el Contrato. Los Asegurados mayores a 12 años tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los Beneficiarios siempre que la póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado o el Contratante, deberán notificar por escrito el cambio de beneficiario a PREVEM, indicando el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en el Contrato. En caso de que la notificación no se

reciba oportunamente, PREVEM pagará al último beneficiario del que haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato. Si habiendo varios Beneficiarios falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado. Cuando no haya Beneficiarios designados, o en el caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado, salvo que el asegurado estipulara lo contrario. El Contratante no podrá intervenir en la designación del beneficiario, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante, o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, haciéndola irrevocable, siempre y cuando ésta renuncia o designación irrevocable sea notificada por escrito al Beneficiario Irrevocable designado, así como a PREVEM, y se haga constar en la presente póliza como lo previene la Ley.

ADVERTENCIA: En caso de nombrar Beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

Cláusula 6. Cambios en la Póliza

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio en la póliza (entendiendo como tal Cambio de Plan, Coberturas o Sumas Aseguradas de la póliza), éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, reconociendo su antigüedad. PREVEM se reserva el derecho de autorizar, condicionar o declinar el cambio en los casos que considere que existe una agravación del riesgo o el asegurado solicite alta o baja de Asegurados.

Cláusula 7. Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a PREVEM 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. PREVEM proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 8. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia

Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de PREVEM a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

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

Cláusula 9. Contratación por medios electrónicos

PREVEM, de conformidad con el CAPÍTULO 4.10. DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LA CONTRATACIÓN DE OPERACIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS de la CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS podrá poner a disposición del Contratante medios electrónicos para la contratación de este Seguro y para la solicitud de un duplicado de la Póliza, entendiéndose que la oferta se realiza entre presentes, por vía telefónica o a través de cualquier otro medio electrónico, sin fijación de plazo para aceptarla. Entre los medios electrónicos que PREVEM, y el Contratante reconocen se encuentra la vía telefónica y la grabación que se realice de la llamada realizada con tal fin, así como por internet (en adelante los “Medios Electrónicos”).

Al acordar la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, PREVEM, proporcionará al Contratante, al momento de la contratación, la siguiente información:

- a) El número de Póliza y/o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- b) El nombre comercial del Seguro o los datos de identificación del mismo;
- c) Dirección de la página electrónica en Internet en donde el Contratante y los Asegurados puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- d) Los datos de contacto de PREVEM para la atención de dudas, Siniestros o quejas;
- e) La información y datos de contacto para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente;
- f) Los datos de la Unidad Especializada de PREVEM y
- g) La forma en que se proporcionará la Póliza o certificado individual y las presentes condiciones generales en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la contratación, en el entendido de que, si el último día para la entrega es inhábil, se deberá entregar a más tardar al día hábil siguiente.

Los medios y las claves de identificación, como se define a continuación, serán validados tanto por PREVEM como por el posible Contratante durante la contratación del Seguro. Por claves de identificación (las “Claves de Identificación”) se entiende aquellos datos personales del posible

Contratante y/o Asegurados que los identifiquen plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono(s) de contacto, entre otros. En caso de que se realice la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, se deberán cumplir con los requisitos y proporcionar los medios de autenticación requeridos conforme a las disposiciones aplicables, incluyendo sin limitar contraseñas o claves de acceso y al finalizar la operación, se generará como medio de confirmación un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los Medios Electrónicos, debiéndose notificar la operación realizada. Dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante material de la operación realizada tendrá todos los efectos que las leyes atribuyen a los mismos.

El Contratante y, en su caso, los Asegurados, reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de las Claves de Identificación que, en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad. La utilización de los Medios Electrónicos implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso PREVEM, y/o el Contratante y/o los Asegurados llegaren a hacer uso de los Medios Electrónicos, en este acto reconocen y aceptan que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos Medios Electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

El Contratante y los Asegurados reconocen y aceptan que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para ellos, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal como: guardar todos sus documentos y registros financieros bajo llave y en un lugar seguro de su casa, recoger su correspondencia lo antes posible y notificar a los remitentes de inmediato cualquier cambio de domicilio. No comparta ni publique en internet más información de la necesaria y configure sus niveles de privacidad. Antes de compartir su información, verifique la identidad de quien la solicita, pregunte por qué la necesita, cómo la protegerá y si habrá alguna consecuencia si no les da su información. Mecanismo de Entrega de la Póliza y las condiciones generales de su seguro, incluyendo el folleto explicativo serán enviadas vía correo electrónico en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado, de conformidad con la opción elegida para la entrega de su póliza y éstas Condiciones Generales, en la Solicitud del Seguro, documento que se acompaña por separado al presente; o bien, al domicilio proporcionado por el Contratante, a elección del solicitante, contratante o asegurado, en un plazo de 30 días naturales a partir de la contratación del seguro. En caso de que no sea recibida la Póliza, el Contratante podrá contactar a PREVEM, para el envío correspondiente. Los términos y condiciones de uso de Medios Electrónicos a que se refiere esta cláusula están disponibles para consulta del público general en la siguiente liga: [terminapp.pdf](#).

Cláusula 10. Contrato

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por escrito a PREVEM en la solicitud de seguro, cuestionarios llenados y firmados, así como el contrato de seguro, sus adiciones y reformas asentadas por escrito, así como endosos serán admisibles para probar la existencia del presente contrato de seguro.

PREVEM se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinados tratamientos médicos o quirúrgicos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

Cláusula 11. Cooperación de los Asegurados

El Asegurado deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuesen posibles adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias del siniestro. Asimismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar a PREVEM cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones anteriormente.

Cláusula 12. Deducciones

Cualquier prima no pagada será deducida de cualquier indemnización de acuerdo al Artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 13. Edad

Como Edad del Asegurado, se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del seguro o en su caso a la fecha de renovación.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de cancelación, las coberturas continuarán hasta el fin de la vigencia, cancelándolo automáticamente a la siguiente renovación.

PREVEM se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, PREVEM deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado se estuviera pagando una Prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de PREVEM, para ese Asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato.

Sí a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, PREVEM está obligada a reembolsar la diferencia entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato, las Primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con esta edad. Si PREVEM, hubiera pagado alguna indemnización, al descubrirse la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo mencionado en el párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro hubiere estado fuera de los límites fijados, los Beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y PREVEM reintegrará la Prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado, conforme al Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 14. Edad Mínima de Aceptación

Para la cobertura de Muerte Accidental, la edad mínima de aceptación es de 12 años cumplidos, para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Alzheimer es de 50 años cumplidos y para el resto de las coberturas, la edad mínima es de un año cumplido.

Cláusula 15. Edad Máxima de Aceptación

La edad máxima de aceptación para todas las coberturas es de 65 años cumplidos, con renovación hasta los 69 y cancelación automática a los 70 años cumplidos.

Cláusula 16. Endoso

Toda modificación al presente Contrato por parte de PREVEM deberá realizarse mediante la emisión del Endoso correspondiente, debidamente acordado por ambas partes. Únicamente los funcionarios autorizados por PREVEM estarán facultados para emitir endosos relacionados con este Contrato. Para que dichos endosos tengan validez y se consideren parte integrante del Contrato, deberán ser expedidos por la oficina de PREVEM, utilizando formularios impresos que cuenten con el sello oficial y la firma de un funcionario autorizado. El Contratante deberá pagar la correspondiente Prima, si fuere el caso.

Cláusula 17. Prima

La Prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza de acuerdo con su edad, género, ocupación, actividad y coberturas contratadas de cada uno de ellos.

La unidad de la Prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine PREVEM.

La Prima de la póliza vence en el momento de la celebración del Contrato, o bien, en caso de elegir el pago fraccionado de la misma, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la carátula de póliza, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

El Contratante se obliga a pagar a PREVEM la Prima, más recargos por pago fraccionado, gastos de expedición de póliza e I.V.A. que se indican en la carátula de la póliza. Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de PREVEM contra entrega de la factura correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan.

En caso de Siniestro, PREVEM podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado. En cada renovación, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y género de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

Cláusula 18. Hospitales o Sanatorios de Beneficencia

PREVEM no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

Cláusula 19. Impuestos

El pago de cualquier impuesto, incluyendo el impuesto al valor agregado (I.V.A.) correspondiente a los gastos médicos procedentes, queda a cargo de PREVEM.

Cláusula 20. Indemnización por Mora

Si PREVEM no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Cláusula 21. Lugar de Pago

Las primas a cargo del asegurado deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de PREVEM, contra entrega de la factura correspondiente o bien con el único fin de otorgarle al Contratante mayores opciones, podrá cubrir el pago de la prima correspondiente a través de los distintos medios que PREVEM ponga a su disposición, entregando los comprobantes correspondientes.

Cláusula 22. Lugar de Residencia

Para efectos de este Contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que radiquen habitualmente dentro de la República Mexicana. Se deberá notificar por escrito a PREVEM el lugar de Residencia de los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado Titular.

Cláusula 23. Modificaciones al Contrato y Rectificación de la Póliza.

Los cambios o modificaciones al Contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y acordados por escrito entre el Contratante y PREVEM. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos, conforme al Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por PREVEM, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato.

En caso de que el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerden con la oferta, se podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que se reciba la póliza, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a PREVEM, por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de PREVEM llegase a ser diferente de la que conste en la póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el Artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Conforme al Artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos de gastos médicos de PREVEM, el asegurado tiene la posibilidad de solicitar a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Cláusula 24. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del contratante de la póliza a PREVEM, o de ésta al contratante y/o Asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Cláusula 25. Movimiento de Asegurados. Altas de nuevos Asegurados Dependientes

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición "Asegurado Dependiente", puede ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante la solicitud del contratante y aceptación de PREVEM, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso quede facultada a pedir.

Si el cónyuge del Asegurado Titular es considerado como Asegurado Dependiente de éste, los hijos del matrimonio nacidos durante de la vigencia de la póliza estarán incluidos desde la fecha de su nacimiento sin requisitos de salud, siempre que sea presentada la solicitud de alta por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. En caso contrario, PREVEM se reserva el derecho de aceptar al hijo en la póliza con base en las condiciones de salud que presente al momento de la solicitud.

PREVEM se reserva el derecho de aceptar al cónyuge o a cualquier dependiente del Asegurado Titular, en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de alta respectiva.

Cláusula 26. Movimiento de Asegurados. Baja de Asegurados

Causará baja de la cobertura de esta póliza cualquier Asegurado que fallezca ó:

- a) Siendo cónyuge o concubina (o) se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de ser Asegurados Dependientes del titular.

El Contratante se obliga a comunicar por escrito la baja de cualquier asegurado en forma inmediata a PREVEM, entendiéndose que los Beneficios del seguro para estas personas cesarán desde la fecha del fallecimiento o desde la fecha de dicha comunicación, como corresponde. En cualquier caso, los asegurados que causaron baja, podrán contratar otra póliza a su nombre, en el mismo plan, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de PREVEM a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a PREVEM por el Contratante.

En caso de fallecimiento del asegurado, se pagará a PREVEM la Prima convenida para el periodo en curso (fracción pactada), de acuerdo con lo establecido en el Artículo 44 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de baja de cualquier asegurado durante la vigencia de la presente póliza, PREVEM devolverá al Contratante la Prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún Sinistro para el mismo, la devolución se realizará dentro de un periodo de 30 días naturales a partir de la recepción del requerimiento.

El asegurado que cause baja de la presente póliza no podrá volver a formar parte de la misma, inclusive en futuras renovaciones.

Cláusula 27. Trámites para la Reclamación

Para gastos médicos cubiertos incurridos a consecuencia de un accidente durante la Vigencia de la póliza que el Asegurado solicita a PREVEM, el Reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, el Asegurado deberá presentar reclamación formal que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía del siniestro, acompañada por los comprobantes originales de pago de los servicios médicos u hospitalizaciones a que haya sido sometido así como toda la información relativa a las circunstancias que dieron lugar a los servicios cuyo Reembolso se solicita, de conformidad con los formatos de reclamación indicados en la página de internet: Prevem Seguros.

Cláusula 28. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a PREVEM en el domicilio de la misma indicado en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Contratante.

Los comunicados que PREVEM deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará dirigido a los últimos datos de contacto propuestos (domicilio, correo electrónico y número(s) telefónico(s)) por escrito y de los que se tenga conocimiento.

Cláusula 29. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante y/o asegurado, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a PREVEM, mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el contratante o asegurado amplíe información solicitada, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como lo (s) conozca (n) o deba (n) conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a PREVEM para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, tal como lo dispone el artículo 47 de la Ley sobre el contrato de seguro, así como los artículos 8, 9 y 10 de la misma ley.

Quedarán extinguidas las obligaciones de PREVEM si se demuestra que el asegurado, beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulen o declaren 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 la realización del siniestro a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 30. Pago de las Reclamaciones

Tan pronto PREVEM disponga de la información completa relacionada y solicitada de una reclamación, procederá al pago de los Beneficios Cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales, cláusulas y endosos que conforman este Contrato y en moneda nacional mediante la emisión de cheque o transferencia bancaria electrónica a favor del Asegurado Titular o de sus beneficiarios designados en caso de su fallecimiento, o a nombre de los médicos y hospital o sanatorio que prestaron los servicios. Si no existiesen éstos, PREVEM quedará relevada de toda obligación mediante la entrega del pago de la indemnización a la(s) persona(s) que compruebe(n) tener algún tipo de parentesco con el Asegurado Titular, asumiendo éste la responsabilidad de cualquier reclamación a PREVEM. El pago deberá ser autorizado por un representante de PREVEM y será recibido por el Asegurado Titular o sus causahabientes o un representante legal, según sea el caso, entregándole PREVEM el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Por otra parte, si posterior al pago de una reclamación PREVEM llegara a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, cláusulas y sus endosos, PREVEM podrá solicitar del Asegurado Titular o de la persona que solicitó tal reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago mediante la vía legal.

Cláusula 31. Periodo de Gracia para el Pago de la Prima

Lapso de 30 (treinta) días contados a partir de la fecha de vencimiento de pago de la Póliza para el pago de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en la carátula de póliza, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

En caso de Siniestro dentro del Periodo de Gracia, PREVEM podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de esta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Durante el Periodo de Gracia para el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, no aplicará el pago de gastos médicos mediante la modalidad de Pago Directo para ningún Siniestro, los cuales en su caso podrán ser tramitados bajo el esquema de Pago por Reembolso.

Cláusula 32. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. 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. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Así mismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de PREVEM.

Cláusula 33. Renovación

Este Contrato se considerará renovado automáticamente por períodos de un año, con la salvedad de que PREVEM o el Contratante, notifiquen de manera fehaciente, cuando menos con veinte días hábiles antes del término de la vigencia de la póliza, su voluntad de no renovarlo.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación al dependiente que:

- a) Siendo cónyuge o concubina (o), se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo, contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal ó deje de depender económicamente del titular.

Las condiciones de aseguramiento en la renovación serán congruentes con las originalmente contratadas, respetando las limitaciones de las coberturas de los riesgos, los periodos de espera y los límites de edad, con los que se contrató la póliza por primera vez con PREVEM y que se encuentra en vigor, sin que se soliciten requisitos de asegurabilidad en razón del derecho de antigüedad adquirido por el asegurado.

En caso de que el asegurado cambie de Residencia u Ocupación o solicite alta o baja de Asegurados o Cambios en la Póliza conforme a la Cláusula 6 de este contrato, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de PREVEM.

Asimismo, el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los 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.

Cláusula 34. Rehabilitación Por Renovación

El Contratante tendrá derecho a renovar esta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a PREVEM dentro de los 20 días anteriores a la fecha de término de vigencia.

Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación al dependiente que:

- a) Siendo cónyuge o concubina (o), se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo, contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal ó deje de depender económicamente del titular.

Las condiciones de aseguramiento en la renovación serán congruentes con las originalmente contratadas, respetando las limitaciones de las coberturas de los riesgos, los periodos de espera y los límites de edad, con los que se contrató la póliza por primera vez con PREVEM y que se encuentra en vigor, sin que se soliciten requisitos de asegurabilidad debido al derecho de antigüedad adquirido por el asegurado. Asimismo, el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los 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.

Cláusula 35. Rescisión de Contrato

En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, PREVEM podrá rescindir el contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo al Contratante la prima pagada no devengada previa disminución del costo de adquisición, sin incluir derechos de póliza.

PREVEM comunicará por escrito en el último domicilio declarado al Contratante, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones. También se podrá rescindir el contrato por falta de pago de la prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, y las demás causas consignadas en la Ley sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.

Cláusula 36. Subrogación de Derechos

En caso de siniestro, PREVEM se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado Titular o a sus Asegurados Dependientes.

El Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes, se obligan a presentar formal denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con PREVEM para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si PREVEM lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

Si la falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los dos párrafos inmediatos anteriores, así como si por hechos u omisiones del Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes se impide la subrogación, PREVEM quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y PREVEM concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el asegurado o los beneficiarios tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma, de acuerdo con lo previsto por el párrafo del artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 37. Terminación anticipada del Contrato

El contratante podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a PREVEM, dentro de los 15 días previos a la fecha en que se quiera dar por terminado el Contrato. Dado el caso, el contratante, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada previa disminución del costo de adquisición, sin incluir derechos de póliza, en un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción de la solicitud. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al contratante.

También, serán causas de terminación del contrato:

- a) Omisiones o inexactas declaraciones.
- b) Agravación del riesgo.
- c) Falta de pago de la prima.
- d) Las demás señaladas por la Ley de la materia

Cláusula 38. Vigencia

Este Contrato tendrá vigencia durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del periodo de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del periodo de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

UNE PREVEM (Unidad Especializada de Atención a Usuarios)

Con gusto atenderemos las aclaraciones o reclamaciones presentadas ante nuestra Institución y cuya respuesta no ha cubierto sus expectativas, en los teléfonos 9178 2626, 9178 2662 y del interior al 800 277 3836 o en caso de preferirlo mediante correo electrónico: atnquejas@prevemseguros.com.mx, o acudir directamente en nuestro domicilio ubicado en la calle de Tecoyotitla, Número 412, Edif. Arenal, Piso 3, Col. Ex Hacienda Guadalupe Chimalistac, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, México, Ciudad de México, C.P. 01050.

Horario de atención telefónica:

- I. Oficina Central de las 08:00 a las 17:30 horas
- II. Oficinas Regionales de las 08:30 a las 18:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los

productos ofrecidos para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Ciudad de México, página web: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o llamar al teléfono 800 999 8080 y 5340 0909.

PREVEM hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el Aviso de Privacidad Integral en la página www.prevemseguros.mx.

Los artículos legales mencionados en las condiciones generales los puede consultar en la página de internet: <http://www.prevemseguros.com.mx> en la sección de Productos.

Los artículos legales mencionados en las condiciones generales los puede consultar en la página de internet: <http://www.prevemseguros.com.mx> en la sección de Productos.

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 2026, con el numero PPAQ-S0112-0003-2026/CONDUSEF-007092-03

www.prevemseguros.mx

Tecoyotitla 412 Edificio Arenal Piso 3
Colonia Ex Hacienda de Guadalupe
Chimalistac, Ciudad de México.
Álvaro Obregón C.P. 01050
Tel 91•78•26•00
01•800•2•77•38•36

