



Línea Médica

Gastos Médicos Mayores

Condiciones Generales

INDICE

2

I	DEFINICIONES	4
II	OBJETO DEL SEGURO	15
III	GASTOS MEDICOS CUBIERTOS	15
IV	COBERTURAS ADICIONALES	24
V	SERVICIOS DE ASISTENCIA	29
VI	EXCLUSIONES GENERALES	33
VI	GASTOS MEDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	36
VIII	EL USO DE PROVEEDORES CON CONVENIO Y SU EFECTO EN LOS SERVICIOS Y COBERTURAS DE LA PÓLIZA	38
IX	CLAUSULAS GENERALES	38

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 9 de septiembre de 2026, con el número CNSF-S0112-0183-2026/CONDUSEF-007222-02.

I DEFINICIONES

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

Aborto Involuntario o Espontáneo

Interrupción involuntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación (139 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la gestación (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos

Accidente Cubierto

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajeno a la voluntad de la persona asegurada, que produzca lesiones corporales del Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes previamente dados de alta en esta póliza, que ameriten tratamiento médico y/o quirúrgico, dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia, siempre y cuando ésta se encuentre vigente al momento de la ocurrencia y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considera accidente cubierto:

- a) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- c) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o medicamentos.

Accidente No Cubierto

- a) Aquellas lesiones que se manifiesten después de los 30 días siguientes a la fecha del accidente; en cuyo caso serán considerados como enfermedad, siempre y cuando estén cubiertos por el presente Contrato.**
- b) Cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Asegurados Dependientes.**
- c) Los Accidentes expresamente excluidos en la póliza.**

Año-Contrato

Período de 12 (doce) meses consecutivos, que comienza en la fecha de inicio de vigencia del contrato y termina a las 12:00 horas del último día de la vigencia de la póliza.

Anestesiólogo

Médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

Asegurado

Persona que expuesta a cualquier enfermedad o accidente contemplado en esta póliza y que goza de sus beneficios.

Para efectos de la asistencia en viaje: Son aquellos que indique y autorice expresamente PREVEM y que tengan Residencia Permanente en la República Mexicana.

Asegurado Titular

Persona determinada por el contratante que en adición a éste puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

En el caso de que desee nombrar asegurado titular a un menor de edad, el representante para efectos de este contrato de seguro será el tutor

Beneficiario.

Persona física, titular de los derechos indemnizatorios

Cirugía Programada.

Beneficio otorgado al asegurado cuando PREVEM, confirma pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica.

Coaseguro

Porcentaje indicado en la carátula de la póliza que representa la proporción de gastos amparados por cuenta del Asegurado. El Coaseguro se aplicará una vez agotado el Deducible, por Asegurado, por Año-Contrato, y hasta el límite máximo indicado en la carátula de la póliza.

COFEPRIS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Contratante

Persona física o moral cuya solicitud sirve de base para la celebración del contrato de seguro y la expedición de esta póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella, así como de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

Contrato

Es el conjunto de documentos que conforman esta póliza de seguros, integra las declaraciones del contratante/ asegurado, los parámetros de operación, así como los derechos y obligaciones del contratante, asegurados y de PREVEM, esta integrado por:

- La solicitud de seguro, documento en el que el contratante / asegurados proporcionan la información necesaria para operar el contrato y evaluar el riesgo.
- La carátula de la póliza, que define las condiciones particulares del contrato
- Estas condiciones generales, establece los procedimientos operativos para hacer efectivos los derechos del asegurado
- Endosos, cláusulas que establecen condiciones complementarias a las condiciones generales
- Pruebas de asegurabilidad, exámenes médicos y estudios de laboratorio de los asegurados

Los Agentes de Seguros y su personal carecen de facultades para hacer cualquier tipo de modificación o concesión.

Deducible

Es el monto fijo de Gastos Médicos Cubiertos que corresponde pagar a cada Asegurado en cada Año-Contrato antes de que PREVEM, pague los Gastos Médicos Cubiertos bajo esta póliza. El Deducible está limitado a un deducible por asegurado, con máximo de dos Deducibles por familia asegurada por Año-Contrato. Para que esta condición se dé, es necesario que dos integrantes de la póliza cubran completamente su deducible.

Los Gastos Médicos Cubiertos en que haya incurrido el Asegurado durante los últimos tres meses de la vigencia de la póliza, y no alcancen a cubrir el Deducible de ese Año-Contrato, pueden ser considerados y acumulados para el Deducible tanto del Año-Contrato actual, así como del Año-Contrato inmediato siguiente.

Aplicación de Deducible para personas a partir de 65 años:

Cuando se trate de un asegurado con 65 años o más cumplidos al inicio de vigencia de la póliza, el deducible mínimo a contratar es el señalado en la carátula de la póliza.

Días de Espera para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización

Es el número de días de hospitalización, establecido en la caratula de la póliza, que deben transcurrir de manera ininterrumpida desde el ingreso del asegurado al hospital antes de que PREVEM pague la indemnización diaria por hospitalización estipulada en la carátula de la póliza.

Electivo

Significa un tratamiento, servicio, procedimiento, o cirugía, el cual:

- a) No es Medicamento Necesario, tal como se define este término conforme a las Condiciones Generales.
- b) No es la única alternativa para lograr que un Asegurado tenga la posibilidad de vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición que sufre.

Emergencia Médica o Urgencia Real

Es la aparición súbita de una alteración del estado de salud del Asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que, de acuerdo a su severidad, ponen en peligro la vida del Asegurado o la viabilidad y función de alguno de sus órganos, como resultado de algún Accidente o Enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata dentro de las primeras 24 horas, al momento en que surgió dicha Enfermedad o padecimiento cubierto u ocurrió el Accidente cubierto; es necesario que el Asegurado ingrese por el área de urgencias de un hospital. La emergencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado por parte del Médico Tratante.

Emergencia Médica en el Extranjero

Es toda emergencia médica que ocurra fuera del territorio nacional, mientras el asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.

Endoso

Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones generales del Contrato y que forma parte de éste.

Enfermedad

Es toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones se considerarán como un solo evento.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará enfermedad cubierta, aplicando deducible y coaseguro:

- a) Hernias, protusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
- b) Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que NO hayan recibido atención médica dentro de los primeros 30 días de ocurridas.

Enfermedad o Padecimiento Cubierto

Toda enfermedad o padecimiento, diagnosticada por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y especialidad, que sufra el Asegurado Titular o cualquiera de sus Asegurados Dependientes previamente dados de alta en esta póliza, cuyos gastos médicos ocurran mientras se encuentre vigente el presente Contrato y que no esté expresamente excluida en la póliza o no se encuentre dentro del periodo de espera correspondiente.

Enfermedad, Malformación o Defecto Físico Congénito

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas como un solo evento.

Enfermedades Preexistentes

Lesiones o enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado Titular o Asegurado Dependiente afectado, hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran enfermedades preexistentes aquellas:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente o documento médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
Cuando la PREVEM cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya recibido atención médica privada o del Sistema de Salud Mexicano para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- b) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya presentado signos y/o síntomas no declarados comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Enfermera (o)

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia de enfermería a los enfermos. La enfermera no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Estabilización Médica

Salir de la situación crítica que ponga en peligro la vida o la viabilidad de un órgano manteniendo sus signos vitales dentro de los rangos normales, de acuerdo con su edad, género y grupo étnico.

Exclusiones

Padecimientos situaciones o condiciones no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas en la documentación contractual o en la Ley.

Experimental o investigación

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

- a) Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o condición por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional o por las autoridades extranjeras o nacionales de salud.
- b) Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación).
- c) Cuyo uso haya sido restringido a estudios científicos o de investigación clínica.
- d) Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva.

FDA. U.S. Food and Drug Administration.

Agencia gubernamental estadounidense encargada de garantizar la seguridad, eficacia y calidad de medicamentos, entre otros productos. Sin su autorización no es posible comercializar un medicamento.

Franja Fronteriza.

Se refiere al territorio de Estados Unidos de Norteamérica que constará para efectos del presente seguro, de 20 kms. de ancho y cuyo límite sur es la frontera con México.

Gasto Médico Cubierto

Son todos aquellos Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, Médicamente Necesarios, que no sean calificados como Experimentales o de Investigación, incurridos estando el Contrato vigente, sujetos a las Sumas Aseguradas contratadas y al Deducible y al Coaseguro estipulados en la carátula de la póliza y endosos, ocasionados por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas a las que deba someterse el Asegurado en caso de Enfermedad, Accidente o embarazo originado durante la vigencia del Contrato. Se cubren las enfermedades siempre y cuando cumpla con lo estipulado en la sección VI "Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera" de estas Condiciones Generales.

Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (GURA)

Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma zona 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.

Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes. Para fines de este Contrato los hospitales, Clínicas o Sanatorios se clasifican en el directorio de Proveedores Médicos de acuerdo a la zona y plan contratado estipulados en la carátula de la póliza y endosos.

Hospitalización

La estancia continua y justificada de una persona registrada como paciente interno en un Hospital, Sanatorio o Clínica por más de 24 horas y que inicia desde que el paciente se interna hasta que es dado de alta por el médico tratante.

Implantación Se refiere a la inclusión, inserción, inoculación o injerto. Su aplicación depende del tema o la especialidad de la que se trate. Puede ser tejido, sustancias orgánicas, artificiales, radioactivas, o aparatos eléctricos como marcapasos.

Implantación

Se refiere a la inclusión, inserción, inoculación o injerto. Su aplicación depende del tema o la especialidad de la que se trate. Puede ser tejido, sustancias orgánicas, artificiales, radioactivas, o aparatos eléctricos como marcapasos.

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.

Invalidez Total y Permanente.

Para efectos de este contrato, se entiende por Invalidez Total y Permanente cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos, el Asegurado quede imposibilitado permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro que sea compatible con sus conocimientos, aptitudes, facultades y posición social, del cual pueda recibir alguna remuneración, que 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 de un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un Médico especialista en estos eventos.

Lugar de Residencia

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado, en el que radica permanentemente el Asegurado.

Maternidad subrogada

Proceso de reproducción asistida en el que se transfieren embriones humanos a una mujer, producto de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, y que concluye con el término del embarazo

Medicamento

Sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o rehabilitador, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, química y biológicas, que esté registrado ante la COFEPRIS para su venta y uso en el país, y que su actividad farmacológica esté indicada para el padecimiento reclamado.

Medicamento de Alto Costo

Sustancia, mezcla de sustancias o terapias farmacológicas que tienen un costo en el mercado que excede de US \$500,000 (Quinientos mil dólares americanos).

Medicamento Necesario

Un tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un Hospital (o parte de una estancia en un Hospital) que:

- a) Sean indispensables para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad, Embarazo, Accidente o Emergencia Médica del Asegurado, siempre y cuando no se encuentre excluido dentro de las condiciones generales de la póliza o en el periodo de espera.
- b) Haya sido prescrito por el médico tratante y quien se encuentre autorizado para ejercer su especialidad.
- c) Sea acorde con las normas profesionales y protocolos ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional; o por la comunidad médica del País donde se presta el servicio o tratamiento.

Médico

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión y/o especialidad de médico, designada para proporcionar atención médica al Asegurado Titular o a alguno de sus 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.

Médico Ayudante

Persona que reúne los requisitos legales señalados en la definición de Médico y actúa en auxilio de cualquiera de estos, subordinadamente en una intervención quirúrgica, siempre que sea Medicamento Necesario.

El Médico Ayudante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Médico Especialista

Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad y la cédula correspondiente.

Médico Tratante

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, que proporciona de manera principal y directa la atención médica al Asegurado y puede tratarse con alguno de los que tengan un contrato o convenio celebrado con PREVEM. El Médico Tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano (a) o hijo (a)) ni el Asegurado mismo.

Mujer Gestante

Mujer que se obliga a llevar la gestación del embrión y posteriormente del feto, y cuya obligación termina con el alumbramiento

Padecimiento.

Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier enfermedad o accidente.

Padecimiento preexistente.

Se considerará preexistente, cualquier padecimiento:

- a) Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, y/o;
- c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Por el que previamente a la fecha de la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico del padecimiento de que se trate.

Pago Directo

Servicio mediante el cual PREVEM podrá liquidar directamente a los Proveedores con Convenio los gastos médicos cubiertos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún Accidente, Enfermedad, o Embarazo Cubierto por la póliza, limitándose el Asegurado a cubrir el Deducible, Coaseguro, gastos personales y/o no relacionados que en su caso apliquen. Este servicio se otorga, siempre y cuando requiera, de forma justificada, de más de 24 horas de Hospitalización o en casos de tratamientos programados o cirugía ambulatoria programada y siempre que la atención médica o quirúrgica se lleve a cabo directamente con los Proveedores con Convenio de acuerdo con el plan contratado y que se haya dado notificación del evento a PREVEM.

Parto Normal. (Eutócico, natural o vaginal).

Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para su madre.

Parto Prematuro.

Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas 20 y 37 de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

Periodo al descubierto.

Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Empieza al terminar el Período de Gracia.

Periodo de espera.

Es el tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado con PREVEM, a fin de que los padecimientos indicados expresamente en el apartado "Gastos Cubiertos con Periodo de Espera" de estas Condiciones Generales puedan ser cubiertos por el Seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

Politraumatismo.

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles que deben ser tratadas inmediatamente producidas en un mismo accidente que provoquen deterioro circulatorio, respiratorio y /o neurológico, y que a causa de su gravedad hayan requerido la permanencia además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos.

Práctica o actividad profesional de deporte.

La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

PREVEM

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

Programación de Cirugía

Es el servicio mediante el cual PREVEM pre-autoriza los servicios de atención médica en cualquier Hospital y/o con cualquier Médico que se encuentren como Proveedores con Convenio con PREVEM, con anticipación a la realización del evento, facilitando la admisión al Asegurado ante el prestador correspondiente.

Prótesis Ortesis y Aparatos Ortopédicos

Cualquier aparato utilizado ya sea de forma interna o externa como reemplazo de un órgano o parte del órgano y/o su función. Entre estos se incluye maxilofaciales, músculo- esqueléticos y, cardiacos.

Proveedores con Convenio

Conjunto de hospitales, médicos y otros prestadores de servicios médicos que han celebrado un convenio con PREVEM para recibir el pago de sus honorarios por parte de PREVEM de acuerdo con los términos y condiciones del Contrato.

El Asegurado puede elegir a los proveedores médicos de su preferencia, ya sean o no Proveedores con Convenio al plan contratado. En caso de que el Asegurado elija libremente ser atendido por los Proveedores con Convenio al plan contratado, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo. De lo contrario, el Asegurado podrá hacer uso del Sistema de Pago por Reembolso; en dicho caso los Gastos Médicos Cubiertos están sujetos a los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados o al Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, según corresponda.

Los Proveedores con Convenio del plan contratado, a que se hace referencia, ejercen su profesión libremente, siendo totalmente responsables de la práctica de esta, sin que exista responsabilidad de ninguna índole por parte de PREVEM.

Quiropráctico

Es aquel profesional el cual cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión, quien se base en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema neuro-esquelético aplicando los principios de manipulación y ajuste de la columna vertebral.

Recién Nacido

Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 60 (sesenta) días de haber nacido.

12

Reconocimiento de Antigüedad.

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida por una póliza de Gastos Médicos Mayores en PREVEM o en otra Compañía de Seguros legalmente establecida en los Estados Unidos Mexicanos.

Para reconocer un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante deberá comprobar a PREVEM que durante ese periodo la prima de la (s) póliza (s) en dónde haya estado el Asegurado fue (ron) pagada (s).

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas Condiciones Generales, con excepción de los padecimientos que se indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

La antigüedad para cada Asegurado se indicará en la póliza.

Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante PREVEM, presentando la información que le es requerida en la página www.prevemseguros.com.mx, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una Enfermedad, Accidente o embarazo cubierto. PREVEM definirá si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la póliza.

Reembolso.

Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza, de acuerdo con las condiciones contratadas.

Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes. Se deducirá de los montos presentados a PREVEM, el Deducible, Coaseguro, gastos personales y/o no cubiertos, que en su caso apliquen.

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.

Segunda Opinión Médica

Servicio de consulta médica especializada la cual a solicitud de PREVEM el (la) asegurado (a) y sus dependientes, deberán corroborar el diagnóstico y/o procedimiento inicial del padecimiento a tratar, a través de médicos especialistas designados por PREVEM, los cuales no participarán de ninguna manera en la atención médica.

El costo de la segunda opinión médica queda a cargo de PREVEM y aplicará cuando PREVEM lo considere conveniente.

SIDA.

Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).

Signos.

Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad que son demostradas mediante un diagnóstico por un médico legalmente autorizado mediante pruebas de gabinete, laboratorio u otro medio reconocido de diagnóstico.

Siniestro

Acontecimiento que afecta el estado de salud o vigor vital del asegurado y que ocasiona gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para su recuperación, y que estén cubiertos por la Póliza, obligando a la Compañía a indemnizar dichos gastos de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza

Síntoma

Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.

Solicitud de Seguro

Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por PREVEM para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por PREVEM, su historial médico, cuestionarios y otros documentos proporcionados a, o solicitados por PREVEM antes de la emisión de la póliza.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad anual que pagará PREVEM por los Gastos Médicos Cubiertos en que haya incurrido el Asegurado durante el Año- Contrato. La Suma Asegurada se aplica por Asegurado por Año-Contrato y está sujeta a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza para cada cobertura, así como en las Condiciones Generales y Endosos de esta.

Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de los procedimientos procedentes. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos aplicables solamente en México. El Tabulador de Honorarios es descriptivo más no limitativo, por lo que, si no se encuentra un padecimiento especial, PREVEM proporcionará el monto que aplicará.

El tabulador de honorarios médicos quirúrgicos se encuentra disponible en la página de internet www.prevemseguros.com.mx en la sección de asegurados.

Terapia genética / génica

Son los procedimientos que tienen como objetivo el tratamiento o curación de enfermedades a través de la modificación, eliminación, reparación o incorporación de secuencias genéticas al genoma de células humanas, en su totalidad o en células específicas.

Tope de Coaseguro

Monto máximo a cargo del asegurado por concepto de Coaseguro.

Trasplante

Significa el procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras el seguro este vigente, y durante el cual:

- a) Uno o más de un Órgano de un Donante (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a un Asegurado, el cual es el Receptor.
- b) Tejido proveniente de (1) Donante (vivo o fallecido); o (2) el mismo Asegurado, es transferido quirúrgicamente a un Asegurado o a un área corporal diferente del mismo Asegurado.

Centro de trasplante

Es un Hospital o Institución que satisface los siguientes requerimientos, los cuales incluyen, pero no limitan a que el centro de trasplante:

- a) Proporcione servicios completos de trasplantes, incluyendo, pero sin estar limitados a tener:
 - La capacidad para proporcionar un tratamiento continuado.
 - Una satisfactoria experiencia en procedimientos de trasplantes.
- b) Que sus cirujanos tengan un mínimo de 2 años con la certificación en la rama de trasplantes.

Donante

Es aquella persona que sufre una operación quirúrgica con el propósito de donar órgano(s) legalmente de su cuerpo para una cirugía de trasplante.

Órgano

Significa una parte del cuerpo humano, la cual realiza una función específica.

Receptor

Significa un Asegurado que se realiza una operación quirúrgica para recibir un trasplante.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

Es el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), determinado y publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, que se utiliza como referencia económica para expresar montos en pesos. Su uso permite actualizar estos montos periódicamente conforme al valor vigente de la UMAM.

VIH

Se considera que una persona está infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cuando en una prueba serológica (ELISA) el resultado es positivo y esto es confirmado mediante una prueba suplementaria de Western Blot.

Zona geográfica de Cobertura

Área geográfica elegida en el momento de la contratación que determina el alcance de la cobertura.

Zona Geografica Mayor

Delimitación territorial aplicable cuando el Contratante realiza un cambio de Zona Geográfica de Cobertura a una región o estado con un nivel de riesgo superior a la originalmente contratada.

II OBJETO DEL SEGURO

PREVEM pagará los Gastos Médicos Cubiertos en relación con los siguientes servicios, suministros y tratamientos médicos hasta por el monto de la Suma Asegurada indicada para cada cobertura o beneficio en la carátula de la póliza y endosos, según sea el caso.

III COBERTURA BÁSICA

Los gastos médicos cubiertos son:

1. Hospitalización

- a. Habitación privada en cuarto estándar con alimentos para el asegurado hospitalizado, exceptuándose Emergencias Médicas en el Extranjero en las que sólo se cubre una habitación semi-privada.
- b. Cama extra para un acompañante del Asegurado, exceptuándose Emergencias Médicas en el Extranjero.
- c. Sala de operaciones, de terapia intensiva, intermedia, unidad de cuidados coronarios, de recuperación o de curaciones.
- d. Sala o cuarto de emergencia dentro de las 72 horas después de haber ocurrido un accidente o emergencia médica.
- e. Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones, transfusiones de sangre, aplicación de plasma o sueros, hemodiálisis y otras sustancias semejantes indispensables para el tratamiento de una Enfermedad o Accidente cubiertos, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

2. Honorarios Médicos

a) Honorarios médicos

Los honorarios médicos y quirúrgicos de cirujanos, anestesiólogos, ayudantes y cualquier otro médico especialista interconsultante y justificado, serán cubiertos de acuerdo con plan contratado, zona contratada, zona de atención y procedimiento a realizar.

Los montos máximos se calculan de la siguiente manera:

- 1) Honorarios médicos y quirúrgicos de cirujanos el 100% del monto máximo establecido por el procedimiento correspondiente en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- 2) Anestesiólogos con un límite máximo de hasta un 30%, referenciado a los honorarios del cirujano.
- 3) Primer ayudante, cuyos servicios son Medicamente Necesarios y en caso de ser justificado por el tipo de procedimiento efectuado, con un límite máximo del 20% referenciado a los honorarios del cirujano.
- 4) Segundo ayudante cuando sea Medicamente Necesario y en caso de ser justificado por el tipo de procedimiento efectuado, con un límite máximo de hasta 10% de los honorarios del cirujano.

Si el asegurado requiere dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos se cubrirán de la siguiente manera:

- Si las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica por:
 - Un solo cirujano, se indemnizará la cirugía con mayor costo hasta el 100% y la segunda al 50%.
 - Dos (2) cirujanos de diferente especialidad, se indemnizarán ambas hasta el 100%.
- Si las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, se indemnizarán ambas cirugías hasta el 100%.
- Si el asegurado requiriese más de 2 cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos quedarán a cargo del asegurado.
- En caso de un politraumatismo se indemnizará todas las cirugías requeridas al cien por ciento (100%).

Para honorarios médicos y quirúrgicos incurridos como consecuencia de una Emergencia Médica en el Extranjero, se cubre con base en el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado, aplicando el Deducible y Suma Asegurada estipulados en la carátula de la póliza para la cobertura de Emergencia Médica en el Extranjero.

- b) Honorarios de enfermeras de cuidados especiales** legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre y cuando dichos cuidados especiales sean prescritos por el médico tratante, justificando clínicamente la necesidad del servicio, describiendo las actividades propias del personal de enfermería, y en base al Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y por turnos de 8, 12 y 24 horas hasta 30 días naturales con límite máximo de 720 horas por año contrato.
- c) La primera consulta médica post-operatoria** se considerará incluida dentro de los honorarios médicos de la intervención quirúrgica.
- d) Visitas y consultas médicas en el hospital**, consultorio o en el domicilio del Asegurado siempre que sean indicadas por el médico tratante.

16

3. Medicamentos

Gastos erogados por medicamentos prescritos por el Médico Tratante que sean necesarios e indispensables para el tratamiento de una Enfermedad o Accidente Cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Endosos correspondientes de la póliza, siempre y cuando estén autorizados por la COFEPRIS.

3.1 Límite para Medicamentos de Alto Costo.

Tratándose de medicamentos considerados de alto costo, la responsabilidad de Prevem queda limitada a cubrir el menor monto entre la Suma Asegurada remanente y la cantidad equivalente en Moneda Nacional a US\$ 1,000,000.00 (un millón de dólares de los Estados Unidos de América), por padecimiento y por Asegurado.

3.2 Participación sobre el Excedente.

En caso de que los gastos por medicamentos de alto costo excedan el límite señalado en el numeral 3.1., anterior y la suma asegurada no se haya agotado, Prevem cubrirá el 70% (setenta por ciento) del monto excedente, y hasta la suma asegurada, quedando el 30% (treinta por ciento) restante a cargo del Asegurado.

Para el reembolso de cualquier medicamento se deberá presentar la prescripción médica en la que se observe el nombre del medicamento y la factura que cumpla con los requisitos fiscales vigentes.

Para el reembolso de cualquier medicamento se deberá presentar la documentación solicitada por PREVEM de acuerdo con lo indicado en los requisitos para trámites de siniestros que se encuentran en el apartado de siniestros en la Página Web de PREVEM.

En caso extraordinario que con la documentación mencionada no se pueda comprobar la viabilidad de la reclamación, PREVEM podrá solicitar del asegurado o beneficiario toda clase de información o documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este, de conformidad con el artículo 69, de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Quedan excluidos los siguientes medicamentos:

- **Que no fueron prescritos por el médico tratante.**
- **Aquellos prescritos por un médico que no cuente con la acreditación de la especialidad que se requiera para el tratamiento.**

4. Servicios auxiliares de diagnóstico

- a) Exámenes de diagnóstico de laboratorio, gabinete e imagenología, incluyendo diagnóstico de Rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico, tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubiertos. Estos servicios se cubrirán siempre y cuando exista un diagnóstico médico cubierto.
- b) Exámenes de alergias prescritos por el médico tratante por escrito, con un diagnóstico definitivo.

5. Renta de Equipo Médico

La renta de equipo y suministros médicos, así como la atención especializada que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del Asegurado, siempre y cuando sea Medicamente Necesario y sea prescrito por el Médico Tratante.

6. Terapia y rehabilitación

- a) Terapia radioactiva y quimioterapia, fisioterapia y terapia de rehabilitación física (Ortopédica y Traumatológica, Deportiva, Neurológica, Pediátrica, Geriátrica, Respiratoria, Obstétrica/Pélvica, Cardiovascular) que sean Medicamente Necesarios para el diagnóstico o tratamiento de Accidente o Enfermedad Cubierta por esta póliza, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.
- b) Hidroterapia e Inhaloterapia siempre que sean Medicamente Necesarios para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad Cubierta y que sean prescritos por el médico tratante.

Las terapias serán cubiertas hasta determinarse médicamente el alta del Asegurado.

7. Servicio de ambulancia

- a) Servicio de ambulancia de traslado terrestre dentro del territorio nacional por cualquier emergencia médica cubierta. Se cubren dos traslados no urgentes del domicilio al centro de atención y traslados del hospital al domicilio sólo si son médicamente necesarios previa autorización por escrito de PREVEM.
- b) Ambulancia aérea y cuidados médicos para traslado al hospital más cercano dentro del territorio nacional por motivo de una Urgencia Médica producida por una Enfermedad o Accidente Cubierto y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para la atención en el lugar donde se presentó dicha urgencia.

El límite máximo por este beneficio será el indicado en la Carátula de la Póliza y endosos, por Año-Contrato para cada Asegurado, aplicando invariablemente un coaseguro del 10% sin límite, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

1. La transportación se realice en un avión legalmente autorizado, que cuente con el equipo e instrumentos médicos especiales a bordo, cuya tripulación es especializada en transportes médicos y cuyo operador es una compañía legalmente reconocida como operador de ambulancias aéreas.
2. El Asegurado muestre síntomas de Enfermedades o Accidentes cubiertos bajo el Contrato de Seguro.
3. La condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros o que su transportación, por cualquier otro medio, ponga en peligro su vida, a juicio de su médico tratante.
4. Esta transportación, a que se refieren los puntos anteriores, deberá ser coordinada y aprobada previamente a la transportación por PREVEM.

8. Maternidad

PREVEM indemnizará el total de la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza para esta cobertura en una sola exhibición por Asegurada por Año-Contrato siempre y cuando aplique lo siguiente:

- Aplica para Aseguradas incluidas en la póliza.
- El periodo de espera para esta cobertura es de trece (13) meses calendario ininterrumpidos a partir de la fecha en que la Asegurada fue dada de alta en la póliza.
- La Asegurada debe contar con al menos treinta y cuatro (34) semanas de gestación o de a luz un hijo nacido vivo. PREVEM se reserva el derecho de solicitar la información necesaria al momento de la reclamación para corroborar la procedencia del evento. El plazo máximo para presentar la reclamación será de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha de nacimiento.

18

Para esta cobertura, no aplica reconocimiento de antigüedad como se especifica en la sección I. DEFINICIONES del presente contrato de seguro, no aplica deducible ni coaseguro.

La edad de aceptación y aplicabilidad son para todas las aseguradas a partir de los 18 años hasta los 44 años.

Al ser una cobertura Indemnizatoria, la Asegurada no podrá solicitar pago directo o reembolso.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA MATERNIDAD

- 1. Afecciones propias del embarazo y del parto (como por ejemplo, sangrados por vía vaginal, reposos prescritos por el médico durante el período de gestación, Hiperémesis Gravídica o la sintomatología propia y tradicional del embarazo), abortos y toda complicación del embarazo, parto o puerperio que no se encuentren entre las cubiertas por esta Póliza.**
- 2. Todos los gastos de un embarazo a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, maternidad subrogada o fertilización in vitro, así como sus complicaciones.**
- 3. Gasto por control prenatal y postnatal, incluyendo consultas, estudios y gastos generales.**

9. Complicaciones del Embarazo

Gastos originados de las siguientes complicaciones del Embarazo y parto de la Asegurada Titular, Cónyuge o Concubina de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y después de transcurridos 13 meses de cobertura ininterrumpida con PREVEM.

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- Mola hidatiforme (embarazo molar).
- Placenta previa, marginal y acreta.
- Atonía uterina.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.

- Descompensación cardíaca.
- Toxemia gravídica.
- Embarazo ectópico.
- Legrado o Aborto Involuntario que requiera de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto.
- Terminación del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida.
- Síndrome de Hellp.

10. Atención Recién Nacido Patológico y Síndromes, Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos

Son todos aquellos Gastos Médicos Cubiertos, hasta la suma asegurada de la cobertura básica establecida en la Carátula de la Póliza y endosos aplicando deducible y coaseguro a cargo del asegurado, por atención al recién nacido, siempre y cuando la madre Titular, Cónyuge o Concubina haya estado asegurada con PREVEM durante 13 meses ininterrumpidos, se registre oportunamente al recién nacido dentro de la póliza y no aplique una causa de exclusión.

Dentro de los gastos cubiertos en esta cobertura se incluyen los siguientes:

- Los gastos de cunero.
- Consultas pediátricas e incubadora.
- Los gastos relacionados con un parto prematuro.
- Los gastos incurridos mientras permanezcan internado como consecuencia directa de su nacimiento.

Asimismo, se ampararán los Síndromes, Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos, a los recién nacidos que hayan nacido de esposa o concubina cuyo parto o cesárea haya sido cubierto por este Contrato, inscritos en éste dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento y no aplique una causa de exclusión.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS

1. **Se excluyen síndromes, enfermedades, malformaciones o defectos físicos congénitos y/o prematuros, originados por alcoholismo, drogadicción, toxicomanías o medicamentos no prescritos por el médico tratante o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.**
2. **Padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por alguna actividad u otra enfermedad excluida para la madre asegurada.**
3. **Se excluyen gastos relacionados con el recién nacido sano**

11. Síndromes, Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos de Asegurado No Nacido durante la vigencia de esta póliza

Se cubren, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones y los periodos de espera señalados en las presentes condiciones generales:

- a. Cuando se manifiesten después de la edad de cinco años, previa comprobación de no ser preexistente.
- b. No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la póliza.

c. El primer gasto por esta enfermedad ocurra en la vigencia de esta póliza.

1. Emergencia Médica en el Extranjero

Esta cobertura cubre los gastos médicos erogados dentro de la vigencia de la póliza por causa de una Emergencia Médica cubierta fuera de la República Mexicana. Para efectos de esta cobertura, el Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes deberán presentar una Emergencia Médica tal y como se define en el Contrato y ajustarse a los términos y condiciones siguientes:

1. La Suma Asegurada máxima será por Asegurado por Año-Contrato y es la establecida en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.
2. El Asegurado tendrá a su cargo un Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.
3. Para el pago de la reclamación, PREVEM siempre se basará en el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado del País donde se atiende la Emergencia Médica.
4. PREVEM pagará la indemnización en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, para esa moneda y considerando como fecha aquélla en que se haya erogado el gasto.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura, una vez que se establezca y controle la condición de Emergencia Médica del Asegurado en el extranjero, al expedirse el alta del servicio de urgencias o de Hospitalización únicamente por la causa que da origen, hasta el término de vigencia de la Póliza o hasta que se agote la Suma Asegurada de esta cobertura, lo que ocurra primero.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

- **Complicaciones del embarazo, parto, operación cesárea y gastos del recién nacido.**
- **Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa o complicación.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Estudio o cirugías previamente programadas.**
- **Estudios de cualquier tipo, medicamentos e intervenciones quirúrgicas programadas 2 días después de atendida la Emergencia Médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**
- **No se pagarán gastos originados por ningún accidente o enfermedad pre-existente al inicio del viaje al extranjero.**
- **Estancia en el extranjero superior a noventa (90) días.**
- **Las exclusiones o limitaciones que se encuentran señaladas en Endosos y las Condiciones Generales de la póliza.**
- **Servicio de enfermera fuera del Hospital.**

En caso de que la cobertura de Emergencia Médica en el Extranjero se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta Cobertura.

12. Gastos por accidente

También se considera Accidente Cubierto lo siguiente, aplicando el Deducible y Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza y endosos:

- a) Cuando ocurran por el uso de motocicletas, siempre y cuando éstos se usen como medio de transporte para el desempeño de su trabajo y el Accidente ocurra en días y horas laborables.
- b) Cuando el Asegurado sufra lesiones bajo el influjo de bebidas alcohólicas siempre y cuando éste no sea el causante directo del Accidente y esto haya sido determinado por el Ministerio Público.
- c) Los gastos médicos a consecuencia de asalto o riña como Accidente, siempre y cuando el Asegurado no sea el asaltante, ni haya sido el causante de la riña y se acompañe del acta del Ministerio Público.
- d) Los tratamientos dentales, alveolares o gingivales o maxilofaciales, que sean indispensables a consecuencia de un Accidente Cubierto por la Póliza (excepto reposición de prótesis existentes, reparación de amalgamas o porcelana a la fecha del accidente), siempre y cuando el primer gasto se realice dentro de los primeros treinta (30) días posteriores al accidente.
- e) Los gastos médicos a consecuencia de la alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- f) Los gastos médicos a consecuencia de la alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- g) Los gastos médicos a consecuencia de envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.

13. Cirugías reconstructivas, no estéticas

Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos.

14. Estrabismo

Tratamiento médico o quirúrgico para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada tenga trece (13) meses de cobertura continua con PREVEM, a la fecha del nacimiento del Asegurado.

15. Cirugía de nariz y/o senos paranasales por enfermedad

Los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales que se deriven de cualquier Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto, se cubren hasta la Suma Asegurada, Deducible, estipulado en la Carátula de la Póliza y endosos, para esta cobertura aplicará un coaseguro del 10% con el límite estipulado en carátula de póliza, siempre y cuando el Asegurado tenga al menos dos (2) años de cobertura ininterrumpida en la póliza con PREVEM.

Los Padecimientos de nariz y/o senos para nasales que se reporten a consecuencia de un Accidente Cubierto, no están sujetos al Periodo de Espera señalado en el párrafo anterior, siempre y cuando se informe dentro de los primeros treinta (30) días de ocurrido el suceso a PREVEM, para que sea valorado y atendido por un Médico otorrinolaringólogo que pertenezca a los Proveedores con Convenio con PREVEM. En caso de no cumplir con lo anterior se tomará el Padecimiento como Enfermedad y se tratará como se estipula en el primer párrafo, aplicando el Periodo de Espera correspondiente.

16. Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis y órtesis

Siempre que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubierta, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo con lo establecido en la Carátula de la Póliza y endosos.

17. Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH)

Gastos Médicos a consecuencia de tratamientos médicos indicados para el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la póliza y endosos para esta cobertura, con periodo de espera de cinco (5) años continuos e ininterrumpidos con PREVEM, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnósticos o gastos no ocurran durante el período de espera estipulado ya que de presentarse durante el mismo éste padecimiento será considerado como exclusión.

18. Trasplante de órganos y tejido

Se cubre el trasplante de órganos, hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza y endosos por Asegurado por Año-Contrato.

Todos los servicios de trasplantes, incluyendo los médicos, los procedimientos, y las entidades donde se efectúan los trasplantes, requerirán aviso y la autorización previa y por escrito de PREVEM para lo cual el Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, estará obligado a ponerse en contacto con PREVEM, inmediatamente después de haber sido identificado por su Médico como candidato para un trasplante.

El Asegurado debe obtener una primera y segunda opinión de un médico especialista en el ramo de la medicina correspondiente. PREVEM se reserva el derecho de obtener una tercera opinión de un Médico o entidad médica. Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por, o en relación con, un procedimiento de Trasplante que no sea considerado como Medicamento Necesario.

Los gastos médicos cubiertos incurridos por trasplantes, incluyen, sin estar limitados, a los gastos que sean Medicamento Necesarios por los tratamientos, servicios y/o suministros requeridos por o en relación con un trasplante cubierto bajo estas condiciones generales:

- a) Servicios médicos.
- b) Internamiento en un hospital o centro de trasplante.
- c) Medicinas proporcionadas durante una Hospitalización, o suministros para usar en la casa.
- d) Evaluación de pacientes ambulatorios.
- e) Cuidados postoperatorios.
- f) Gastos del donante hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza y endosos por Asegurado por Año-Contrato.

Se pagarán beneficios hasta dos (2) trasplantes de por vida para cada Asegurado, un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un sólo trasplante. Los beneficios por un procedimiento de re- trasplante (un segundo trasplante que se efectúa a continuación de un trasplante inicial que fracasó), será pagado solamente si PREVEM considera que es Medicamento Necesario. **Quedará a cargo del asegurado además del deducible, el porcentaje de Coaseguro contratado sin Tope de Coaseguro.**

En caso de un Donante vivo, se consideran gastos cubiertos, los gastos médicos en que incurra el Donante durante el acto quirúrgico de donación excluyendo cualquier gratificación o remuneración que él mismo reciba.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA TRASPLANTES

En relación con los procedimientos de trasplantes no se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía, o artículo:

- 1. Que no haya sido aprobado previamente por escrito por PREVEM, o proporcionado como resultado de, o en cualquier forma relacionada con un trasplante que no esté específicamente nombrado como un trasplante cubierto bajo esta Póliza.**
- 2. Proporcionado por o en relación con una condición preexistente, o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.**
- 3. Cuando esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o Enfermedad del Asegurado.**
- 4. Proporcionado por, o como resultado de un trasplante en el cual se provee al receptor con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos.**
- 5. Proporcionado por, o en relación con un segundo procedimiento de trasplante que se lleve a cabo después de haberse realizado un primer trasplante efectuado con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura y el cual ha fracasado.**

19. Segundas Valoraciones médicas

Enfermedades que podrán ser sujetas a segundas opiniones o valoraciones médicas por médicos asignados mediante PREVEM para los tratamientos quirúrgicos de:

- Glándulas mamarias
- Padecimientos de rodilla
- Padecimientos herniarios
- Padecimientos de columna
- Padecimientos de nariz
- Cirugías robóticas

El costo correrá a cargo de PREVEM siendo el dictamen de ésta última el que prevalecerá sobre cualquier otro. Los padecimientos sujetos a segunda valoración médica son enunciativos y no limitativos por lo que de ser necesario PREVEM podrá enviar a segunda valoración médicos cualquier reclamación donde se tenga duda en el diagnóstico o tratamiento.

IV COBERTURAS ADICIONALES

1. Indemnización Diaria por Hospitalización

Esta cobertura opera exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que está amparada y se realiza el pago correspondiente. Estará sujeta a las condiciones generales del contrato de seguro.

En caso de la hospitalización en Territorio Nacional del Asegurado a causa de un Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, PREVEM, una vez transcurridos los días de espera, pagará la indemnización diaria por Hospitalización contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza, por el tiempo que dura la Hospitalización y hasta el Periodo Máximo de Hospitalización estipulado en la Carátula de la Póliza.

24

Días de Espera. - Para esta cobertura operan los días de espera estipulados en la Carátula de la Póliza, es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente.

Periodo Máximo de Hospitalización. - PREVEM, pagará la indemnización diaria por Hospitalización estipulada en la Carátula de la Póliza por cada Hospitalización de un Asegurado a causa de un Accidente cubierto o Enfermedad cubierta, hasta el Periodo Máximo de Hospitalización, estipulado en la Carátula de la Póliza, el cual comienza a partir del primer día de Hospitalización del Asegurado.

Hospitalizaciones Sucesivas. - En caso de incurrir en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo Accidente o Enfermedad Cubiertos, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada período de Hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de Beneficio estipulado en la Carátula de la Póliza.

La indemnización se pagará siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al ocurrir el Accidente o la Enfermedad Cubiertos."

2. Ayuda para Gastos de Sepelio por Accidente o Enfermedad

Esta cobertura opera exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que está amparada y se realiza el pago correspondiente. Estará sujeta a las condiciones generales del contrato de seguro.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un Accidente o Enfermedad Cubierta por la póliza, el asegurado titular o cualquiera de los asegurados dependientes fallece, PREVEM, indemnizará la suma asegurada contratada y establecida en la carátula de la póliza a los Beneficiarios designados en la solicitud, previa presentación del acta de defunción.

Para menores de 12 años sólo se reembolsarán los gastos erogados por motivo del sepelio o incineración del cadáver, por transporte de éste o de las cenizas del mismo, al lugar designado dentro del territorio nacional y hasta por el monto de la suma asegurada contratada establecida en la carátula de la póliza.

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

2.1 Exclusiones particulares de esta cobertura y adicionales a las de la cobertura básica.

- 1 **Suicidio, conato de Homicidio y Homicidio, de estos dos últimos siempre y cuando el asegurado participe de manera directa en actos delictivos.**
- 2 **Fallecimiento a consecuencia de un accidente o enfermedad no cubiertos por la póliza o por enfermedad o accidente preexistente a la fecha de contratación de la póliza.**
- 3 **Insurrección.**

3. Continuidad Familiar

Esta cobertura opera exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que está amparada y se realiza el pago correspondiente. Estará sujeta a las condiciones generales del contrato de seguro.

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular, a consecuencia de accidente o enfermedad cubiertos y ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, PREVEM eximirá a los demás asegurados de la misma póliza que se encuentren registrados en el momento del siniestro, del pago de primas de renovación hasta por tres (3) años contados a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro o por el tiempo que falte de transcurrir desde la fecha en que ocurrió el siniestro hasta la fecha de cancelación de la póliza por edad máxima de aceptación, según la elegibilidad con la que inició el plan, lo que suceda primero.

Son aplicables las condiciones y exclusiones de la cobertura básica.

Edades de Aceptación y Cancelación específicas para la contratación de la cobertura de Continuidad Familiar.

- Para el Asegurado Titular y su Cónyuge, las edades de aceptación serán a partir de los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cuatro (64) años, con cancelación a los setenta (70) años cumplidos al momento de la renovación de la póliza, aun cuando el periodo de tres (3) años de cobertura no haya concluido.
- Para los Hijos dependientes, las edades de aceptación serán a partir de los cero (0) años hasta los treinta (30) años, con cancelación a los treinta y un (31) años cumplidos al momento de la renovación, aun cuando el periodo de tres (3) años de cobertura no haya concluido.

La exención de pago de primas aplica únicamente a los asegurados vigentes y elegibles al momento de ocurrir el Siniestro, incluyendo al Asegurado Titular en caso de Invalidez Total y Permanente.

La renovación de la póliza se efectuará con base en lo siguiente:

- En caso de Fallecimiento del Asegurado Titular, se renovará la póliza hasta por tres (3) años, para sus dependientes económicos asegurados, siempre que hayan estado vigentes y cubiertos al momento de ocurrir el siniestro, bajo las mismas condiciones que tenía la póliza al momento de ocurrir el fallecimiento.
- En caso de Invalidez total y permanente del Asegurado Titular, se renovará la póliza, hasta por tres (3) años, bajo las mismas condiciones que tenía la póliza al momento de ocurrir el Siniestro, considerando que no se extenderá el plazo de cobertura si ocurriera el fallecimiento del Asegurado Titular posterior a la invalidez.

De tal manera que la cobertura se hace efectiva para el evento que ocurra primero entre fallecimiento o Invalidez Total y Permanente.

Al momento de hacer efectiva la cobertura, ésta ya no será otorgada ni podrá ser contratada en las renovaciones.

3.1 Exclusiones adicionales a las de la cobertura básica:

- 1 No se cubre el pago de primas de las personas que no hayan estado incluidos como asegurados en la póliza a la fecha de ocurrencia del Siniestro.**
- 2 La cobertura no aplica en el caso en que el Asegurado Titular fallezca o se invalide de forma total y permanente como consecuencia de un accidente o enfermedad no cubiertos por la póliza o que sean preexistentes.**

4. Enfermedades Catastróficas en el extranjero

Se cubren los Gastos Médicos Cubiertos en los que incurra el Asegurado o alguno de los Asegurados Dependiente en territorio internacional por las siguientes Enfermedades consideradas como catastróficas hasta la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro mencionados en la Carátula de Póliza por Asegurado por Año-Contrato; siempre que se cumpla lo siguiente:

- a) Se requerirá como parte del diagnóstico hecho por un médico especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de pruebas de diagnóstico en los que se haya basado el diagnóstico definitivo.
- b) El Asegurado debe obtener autorización previa por parte de PREVEM; es decir, el Asegurado debe notificar con mínimo 5 días hábiles previos a la cirugía para aclarar si procede o no.

Si el asegurado no realiza la notificación y/o el asegurado permanece fuera de la República Mexicana más de 180 días consecutivos, no hay cobertura en el extranjero.

Enfermedades Catastróficas Cubiertas:

i. **Cáncer:**

Entendiéndose como tal al tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

ii. **Cirugía Cardíaca por:**

- Bypass de Dos o Más Arterias Coronarias: Toda intervención quirúrgica de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.
- Angioplastia Coronaria: Todo procedimiento quirúrgico de dilatación de una arteria coronaria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter.

iii. **Tratamientos Neurológicos:**

- Enfermedad Neurológica: Una enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentran afectados por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen el sistema nervioso. No se considerará enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central, o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.
- Accidente Cerebro vascular: Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

- Tumores y/o Malformaciones Vasculares Cerebrales: Enfermedad originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presentan en la parte central del cerebro, en la base de encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.
- Neurocirugía: Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intercraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

iv. Trauma Mayor o Politraumatismo

Una lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior, en uno o más sistemas del cuerpo, y debido a la cual el paciente puede sufrir severas incapacidades.

v. Quemadura

Lesión de los tejidos por acción de factores térmicos, eléctricos, químicos o por fricción, que afecta la piel y sus anexos, hipodermis, tejidos musculares y mucosas respiratorias y digestivas altas, la cual es de segundo grado o más y abarque al menos treinta por ciento de la superficie del cuerpo.

vi. Trasplantes de Órganos y Tejido

Para efectos de esta cobertura trasplante significa el procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras tenga contratada esta cobertura y el seguro este vigente, y durante el cual:

- Uno o más de un Órgano de un Donante (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a un Asegurado, el cual es el Receptor.
- Tejido proveniente de (1) Donante (vivo o fallecido); o (2) el mismo Asegurado, es transferido quirúrgicamente a un Asegurado o a un área corporal diferente del mismo Asegurado.

En caso de un Donante vivo, se consideran gastos cubiertos, los gastos médicos en que incurra el Donante durante el acto quirúrgico de donación excluyendo cualquier gratificación o remuneración que él mismo reciba.

Exclusiones específicas de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

No se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, trasplante, cirugía o artículo por:

- 1. Que no hayan sido notificados y aprobados previamente por escrito por PREVEM**
- 2. Que no hayan sido proporcionados como resultado de, o en cualquier forma relacionado con una Enfermedad catastrófica o Trasplante que no esté específicamente nombrado una enfermedad catastrófica o Trasplante cubierto bajo esta Póliza.**
- 3. Una condición preexistente o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.**
- 4. Cuando esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o Enfermedad del Asegurado.**

5. Proporcionado por, o como resultado de un trasplante en el cual se provee al receptor con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos.

6. Proporcionado por, o en relación con un segundo procedimiento de trasplante que se lleve a cabo después de haberse realizado un primer trasplante efectuado con anterioridad a la fecha electiva de la cobertura y el cual ha fracasado.

5. Cero Deducible por Accidente

Esta cobertura opera exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que está amparada y se realiza el pago correspondiente. Estará sujeta a las condiciones generales del contrato de seguro.

28

En caso de un accidente cubierto, PREVEM exentará al asegurado del pago del deducible contratado, siempre y cuando el primer tratamiento médico o quirúrgico comprobado se realicen durante los siguientes 10 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el accidente. Aplica el coaseguro y tope de coaseguro de la póliza.

Edades de Aceptación y Cancelación específicas para la contratación de la cobertura de Cero Deducible por Accidente.

- Para el Asegurado Titular y su Cónyuge, las edades de aceptación serán a partir de los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cinco (65) años, con cancelación a los setenta y cinco (75) años cumplidos al momento de la renovación de la póliza.
- Para los Hijos dependientes, las edades de aceptación serán a partir de los cero (0) años hasta los treinta (30) años, con cancelación a los treinta y un (31) años cumplidos al momento de la renovación.

Esta cobertura no aplica para enfermedad o cualquier otra condición médica que se presente, en cuyo caso prevalece el deducible por año póliza.

Exclusiones adicionales a las de la cobertura básica:

a) Cualquier gasto derivado de Enfermedad o cualquier otra condición médica que se presente.

b) Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados a consecuencia de Accidentes efectuados con posterioridad a los 10 días naturales señalados en la descripción de esta cobertura.

6. Región Total

Bajo esta cobertura, se amparan los Gastos Médicos Cubiertos señalados en la cobertura Básica cuando el Asegurado reciba atención médica en una localidad o zona geográfica distinta a la de su residencia declarada. En estos casos, se mantendrán sin cambio alguno las condiciones originalmente contratadas en la póliza (Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro), siempre que la atención se otorgue en un centro hospitalario perteneciente al Nivel Hospitalario contratado y con base en el tabulador correspondiente a la zona donde se preste el servicio.

Exclusiones Específicas de Región Total

a) Cuando el asegurado acuda a Hospitales no considerados en el nivel hospitalario contratado.

7. Dental PREVEM

Ampara los gastos dentales del asegurado a consecuencia de: caries, infecciones e inflamaciones bucales, gingivitis, falta de función por enfermedad y fractura de dientes; siempre y cuando el tratamiento esté cubierto por la póliza. Para este efecto, Prevem contrató a un proveedor especializado para proporcionar los beneficios. El Asegurado podrá consultar en el portal web www.prevemseguros.com.mx la siguiente información:

- Alcance y frecuencias: Detalle de los procedimientos y el número de eventos cubiertos.
- Procedimiento de atención: Pasos para la prestación del servicio, para lo cual será indispensable presentar la tarjeta de identificación vigente de la póliza acompañada de una identificación oficial con fotografía.
- Condiciones y restricciones aplicables a Dental Prevem

Exclusiones de Dental Prevem

a) Este servicio en ningún caso cubre procedimientos dentales que no sean los especificados en esta póliza.

b) Servicios dentales preventivos.

V SERVICIOS DE ASISTENCIA

PREVEM podrá integrar uno o más de estos servicios de asistencia, de acuerdo con el alcance del plan ofrecido, como complemento a las coberturas del seguro contratado. Dichos servicios serán proporcionados a través de un proveedor con convenio vigente con PREVEM y únicamente aplicarán cuando se encuentren expresamente señalados como amparados en la carátula de la póliza.

1. Servicios de Asistencia en Viaje

Los servicios cubiertos por esta asistencia incluyen: la repatriación o traslado médico del Asegurado en caso de accidente o enfermedad; los gastos de traslado y hospedaje para un familiar del Asegurado cuando éste se encuentre en el extranjero; la prolongación de la estancia del Asegurado por convalecencia; el cuidado, transporte o repatriación de los acompañantes asegurados; la atención odontológica de urgencia en el extranjero; y los traslados necesarios derivados de los eventos amparados.

2. Servicios de Asistencia en Viaje

Los servicios cubiertos por esta asistencia incluyen: la repatriación o traslado médico del Asegurado en caso de accidente o enfermedad; los gastos de traslado y hospedaje para un familiar del Asegurado cuando éste se encuentre en el extranjero; la prolongación de la estancia del Asegurado por convalecencia; el cuidado, transporte o repatriación de los acompañantes asegurados; la atención odontológica de urgencia en el extranjero; y los traslados necesarios derivados de los eventos amparados.

2.1 EXTENSIÓN DE LA COBERTURA:

Ámbito territorial:

El servicio se extenderá a todo el mundo, a partir de los cien (100) kilómetros desde la Residencia Permanente del Asegurado en la República Mexicana.

Disponibilidad:

El Prestador se compromete a tener el servicio de Asistencia en Viaje disponible en forma permanente, todos los días del año, durante las veinticuatro (24) horas del día, incluyendo días feriados y días inhábiles.

Plazo de cobertura:

Los primeros sesenta (60) días corridos del inicio del viaje. A la finalización de ese plazo, no será válida cualquier solicitud de asistencia que se realice y cesarán todos los servicios de Asistencia en Viaje, salvo los ya iniciados o en curso. El Prestador podrá requerir al asegurado que acredite encontrarse dentro del plazo de cobertura, mediante la presentación al Prestador de la documentación pertinente.

El Asegurado podrá consultar en la página de internet www.prevemseguros.com.mx información referente a:

- Los beneficios otorgados
- Los pasos para que los servicios sean otorgados.
- Limitaciones del servicio.

EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS EN VIAJE

- **Quedan expresamente excluidos del Servicio de Asistencia en Viaje, los servicios, hechos y reintegros siguientes:**
- **Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin consentimiento del Prestador, salvo en caso de fuerza mayor o de urgente necesidad, siempre que le comunique al Prestador dentro de las 24 (veinticuatro) horas de ocurrido el siniestro.**
- **Las enfermedades o accidentes derivadas de padecimientos crónicos y/o preexistentes a la iniciación del viaje, así como sus consecuencias y agudizaciones, conocidas o no por el Asegurado. Las mismas serán determinadas por el departamento médico del Prestador. En todos los casos el prestador brindará la primera consulta de urgencia para determinar la preexistencia. Se entiende por enfermedad no preexistente, toda aquella repentina e inesperada, sin sintomatología previa o con estudio anterior negativo. Tales caracteres serán determinados según los criterios del equipo médico del Prestador. Asimismo, quedan excluidos los tratamientos oncológicos y sus consecuencias y el tratamiento de hipertensión arterial, del asma, diabetes, excepto los casos en que el paciente sufra una descompensación aguda.**
- **Los tratamientos homeopáticos, de acupuntura, de kinesioterapia, de curas termales y cualquier otro que implique la utilización de métodos no convencionales, así como los agravamientos de enfermedades o lesiones derivados del incumplimiento por parte del Asegurado de las prescripciones o**

tratamiento dispuestos por el equipo médico del Prestador, quien a partir de ese momento se deslinda de toda responsabilidad por cualquier contingencia, daño o perjuicio en la salud del asegurado, finalizando la cobertura en la asistencia por dicha patología.

- **Enfermedades mentales y trastornos psíquicos; parto y estado de embarazo (salvo la urgencia cuando se trate de una complicación clara e imprevisible y en ningún caso a partir del sexto mes de embarazo); las recaídas y convalecencias de toda afección anterior a la fecha del viaje.**
- **Las enfermedades o accidentes derivadas de: intento de suicidio y sus consecuencias; la acción criminal del asegurado sea en forma directa; la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica; y el SIDA.**
- **Las enfermedades o accidentes resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos del Prestador y los gastos originados por visitas médicas de control no autorizadas por el prestador.**
- **La asistencia derivada de prácticas deportivas profesionales y deportes invernales practicados fuera de pistas reglamentarias.**
- **Erogaciones por compras, modificación, arreglo y reconstrucción de prótesis y órtesis de todo tipo, artículos de ortopedia, audífonos, lentes de contacto, anteojos, férulas, muletas, nebulizadores, marcapasos y cualquier otro medio mecánico de apoyo terapéutico. Asimismo, quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas para colocación de los artículos mencionados, salvo en caso de que la intervención sea a consecuencia de lesiones por accidente.**
- **Gastos de alimentación no previstos expresamente y cualquier otro gasto no autorizado en forma expresa por el Prestador.**

3. Telemedicina

El Asegurado podrá recibir atención a distancia mediante dispositivos electrónicos, sin que el prestador del servicio se encuentre necesariamente en la misma localidad, para la atención de situaciones que afecten su estado de salud.

El Asegurado tendrá acceso a consultas de primer contacto con médicos generales, consultas con nutriólogo, consultas con psicólogos, así como a la prescripción de tratamiento cuando resulte necesario.

El protocolo de acceso y los horarios de atención para este servicio se encuentran detallados en el sitio web: www.prevemseguros.com.mx.

4. Servicios de Atención Médica Internacional

Estos servicios, serán otorgados por Prevem Seguros, a través de la Compañía Best Doctors, Inc. con la cual PREVEM ha celebrado un contrato de prestación de servicios. El asegurado podrá obtener información para solicitar alguno de estos servicios a través del Centro de Atención Telefónica de PREVEM.

InterConsulta™:

Es un servicio de consultas médicas internacionales ofrecido exclusivamente por la compañía Best Doctors, Inc. que permite a nuestros asegurados efectuar consultas para confirmar diagnósticos y tratamientos con los mejores especialistas y centros asistenciales a nivel mundial, sin tener que trasladar al paciente. Cada InterConsulta™ comienza con un proceso de análisis médico para aclarar la naturaleza del problema y definir el especialista requerido para la consulta de la patología en cuestión, quien confirma el diagnóstico y ofrece recomendaciones terapéuticas. Con tan sólo una llamada telefónica al Call Center de PREVEM, nuestros asegurados cuentan con el apoyo de un eficiente equipo médico, liderado por especialistas afiliados a la prestigiosa Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, que de forma independiente le podrán dar respuesta a todos sus interrogantes, y le guiarán en cada paso del camino.

FindBestDoc™:

Es un servicio de referencias médicas ofrecido exclusivamente por la compañía Best Doctors, Inc., que permite a nuestros asegurados recibir información de médicos especialistas, en sus especialidades y sub-especialidades. Estos mismos han sido seleccionados a través de encuestas y evaluaciones realizadas en la comunidad médica mundial.

Gestión:

- Recibir y coordinar la información médica del asegurado.
- Identificar especialistas mundiales que, basados en su capacidad, conocimiento, y experiencia puedan consultar y tratar la condición médica particular del asegurado.
- Generar un reporte con las recomendaciones finales de hasta tres especialistas seleccionados Best Doctors™, InterConsulta™, FindBestDoc™, son marcas registradas de Best Doctors, Inc. en los Estados Unidos de América y son usadas bajo convenio de licencia © 2011.

5. Servicios de Asistencia Prevem

El asegurado contará con orientación médica telefónica ilimitada, referencias médicas, servicio de ambulancia para un traslado a un centro hospitalario dentro de un radio de hasta 80 km, así como asistencia legal y consultoría gratuita los siguientes temas:

- Derecho familiar.
- Sucesiones.
- Bienes y deudas que se pueden heredar.
- Impuestos que se deriven de una herencia.

El Asegurado podrá consultar en la página de internet www.prevemseguros.com.mx información referente a:

- Los beneficios otorgados
- Los pasos para que los servicios sean otorgados.
- Limitaciones del servicio.

VI EXCLUSIONES GENERALES

Este Contrato en ningún caso cubre los gastos médicos que se originen a consecuencia de:

- 1. Enfermedades preexistentes salvo lo dispuesto en el párrafo primero de la sección VI “Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera”.**
- 2. Cualquier gasto de tipo personal o que no sea Medicamente Necesario, de acuerdo con la definición prevista para tal efecto.**
- 3. Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.**
- 4. Lesiones o Enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de una Enfermedad o Accidente Cubierto.**
- 5. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes.**
- 6. Cualquier cuidado o tratamiento y sus complicaciones debido a lesiones auto infligidas, intento de suicidio o suicidio.**
- 7. Accidentes sufridos mientras el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- 8. Accidentes sufridos en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines recreativos cuando participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero.**
- 9. Accidentes sufridos en actividades recreativas en los que no se use el equipo de seguridad o por incumplimiento de las normas de operación establecidas por el prestador de servicios.**
- 10. Tratamientos contra el alcoholismo, otras toxicomanías y sus complicaciones.**
- 11. Lesiones o enfermedades producidas al Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, derivadas de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, o estupefacientes o psicotrópicos.**
- 12. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso y/o moldear el cuerpo y sus complicaciones.**

13. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y el acné y sus complicaciones.**
 14. **Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento o similares, y sus complicaciones, independientemente de la causa de la prescripción.**
 15. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones.**
 16. **Cualquier tratamiento hormonal o quirúrgico para el cambio del sexo total o parcial, cualquiera que sea su causa u origen así como las complicaciones del mismo. Para efectos de esta exclusión, no se considera dentro de ella el hermafroditismo o la intersexualidad.**
 17. **Los tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual, esterilidad y/o infertilidad, salvo que sean consecuencia directa de una Enfermedad amparada o Accidente Cubierto.**
 18. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o procurar la procreación y sus complicaciones.**
 19. **Curas de reposo, exámenes médicos generales, estudios de cualquier naturaleza y/o estudios diferenciales para la comprobación del estado de salud, medicamentos y tratamientos de carácter preventivo, “check-ups”, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos.**
 20. **Tratamientos, terapias y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño y/o enfermedades obstructivas del sueño, de la conducta o del aprendizaje y el síndrome de fatiga crónica.**
 21. **Medicamentos que no hayan sido aprobados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o su similar en cualquier otra parte del mundo, en el lugar en que se hubieran prescrito o brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.**
 22. **Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas, micro bióticos, así como sus complicaciones.**
 23. **Cuidado podiátrico y sus complicaciones, para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo, pero no limitado a, callos, callosidades, verrugas plantares, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.**
-

24. **Compra o renta de zapatos ortopédicos, órtesis plantillas y similares.**
 25. **Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la presente póliza.**
 26. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir trastornos de refracción ocular y sus complicaciones.**
 27. **La adquisición de anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos externos.**
 28. **Tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier tipo si el paciente está infectado por el virus de la inmunodeficiencia humano (VIH) y sus complicaciones, salvo lo dispuesto en la sección III Gastos Médicos Cubiertos, punto 17 "VIH".**
 29. **Cámara Hiperbárica, excepto cuando sea Medicamento Necesaria, prescrita por el Médico tratante y previa valoración de un médico en convenio con Preveem.**
 30. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.**
 31. **Siniestros en el extranjero, salvo lo dispuesto en la Sección IV Coberturas Adicionales punto 1 "Emergencia Médicas en el Extranjero".**
 32. **Lesiones que el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes sufra a consecuencia de la práctica de cualquier deporte o actividad que exponga, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida y salud del Asegurado.**
 33. **Medicamentos de tipo Complejos vitamínicos y complementos alimenticios.**
 34. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares, nevus, acné o vitíligo.**
 35. **Cualquier Padecimiento o Enfermedad que contraigan el Asegurado Titular y/o los Asegurados Dependientes por visitar lugares donde exista alguna emergencia de tipo sanitaria o epidemiológica que haya sido declarada por la autoridad competente.**
 36. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de Aborto voluntario.**
 37. **Crio-preservación.**
 38. **Medicina alternativa.**
 39. **Hipnotismo.**
-

- 40. Cualquier servicio médico prestado por familiares directos del Asegurado (padre, madre, cónyuge, concubino (a), hermano(a) o hijo (a)), ni el asegurado mismo.**
- 41. Tratamiento dental, alveolar y gingival, salvo lo cubierto como consecuencia de un Accidente.**
- 42. Enfermedades Congénitas, salvo lo dispuesto en la sección III Gastos Médicos Cubiertos, punto 10 “Atención Recién Nacidos y Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos” y en el punto 11 “Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos de Asegurados No Nacidos durante la vigencia de esta póliza”.**
- 43. Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza.**
- 44. Las propias mencionadas en la descripción de coberturas.**
- 45. Cualquier gasto derivado de un accidente o enfermedad en el que se haya requerido una segunda valoración médica y ésta no se realice.**
- 46. Servicios de cuidadoras.**
- 47. Terapias de Lenguaje.**
- 48. Cirugías, tratamientos, procedimientos, terapias, medicamentos y cualquier servicio relacionado con el cambio de sexo o transición de género.**

VII GASTOS MEDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

- 1. A partir de la fecha de inicio de vigencia, rehabilitación o alta de cada Asegurado, según sea el caso, se cubrirán las siguientes enfermedades, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico y/o gastos, ocurran después del período de espera que se indica a continuación:**
 - a) Periodo de espera de cinco (5) años:**

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). No aplica reconocimiento de antigüedad. Se cubrirá siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico y/o gastos ocurran después del periodo de espera estipulado.
 - b) Periodo de espera de dos (2) años:**
 - Hemorroides.
 - Venas varicosas.
 - Padecimientos en amígdalas y adenoides.
 - Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla (excepto las fracturas óseas en esta región, las cuales se consideran como accidente).
 - Tratamientos de nariz y senos paranasales por enfermedad.
 - Hernias y eventraciones de disco.
 - Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis y sus complicaciones.
 - Tratamiento médico o quirúrgico para corregir degeneraciones y / deformidades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones.

- Artrosis de cualquier articulación.
- Enfermedades de la próstata.
- Padecimientos en glándulas mamarias. (incluye cáncer de seno)
- Enfermedades del aparato reproductor femenino.
- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre que no contravenga lo previsto en las exclusiones de Condiciones Generales y /o endosos específicos de la Póliza.

c) Periodo de espera de un (1) año:

- Litiasis en vías biliares.
- Litiasis en vesícula biliar.
- Litiasis en vías urinarias.
- Enfermedades ácido-pépticas.
- Diastasis de rectos, Hernias, de todo tipo (excepto las hernias de disco).

d) Periodo de espera de un (1) mes:

Todas las Enfermedades o padecimientos cubiertos presentados y no indicadas en los incisos a, b y c

37

2. Preexistencia Declarada – Periodo de espera de tres (3) años

Una vez transcurrido el periodo de tres (3) años continuos e ininterrumpidos con esta póliza, quedan cubiertas las Enfermedades Preexistentes que hayan sido declaradas en la solicitud del seguro y que se encuentren expresamente indicadas y descritas a través de un endoso, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el Asegurado no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o haya presentado signos y síntomas por dicha Enfermedad durante un periodo de tres (3) años continuos desde su fecha de alta en la póliza con PREVENIMIENTOS
- La Enfermedad o Padecimiento no esté expresamente excluido mediante un Endoso de exclusión.
- La Enfermedad o Padecimiento no se encuentre dentro de los siguientes grupos: padecimientos cardiacos, accidentes vasculares, diabetes, diálisis, padecimientos oncológicos, enfermedades degenerativas o padecimientos neurológicos.
- Padecimientos excluidos expresamente en las condiciones generales del seguro en la sección V. Exclusiones Generales.
- No aplica Reconocimiento de Antigüedad.

3. Enfermedades y/o Accidentes sin periodo de espera:

Accidente cubierto o cualquier Emergencia Médica o Urgencia Real (de acuerdo con las definiciones previstas para tal efecto) siempre y cuando no sean preexistentes; de manera enunciativa más no limitativas se enumeran las siguientes:

- Apendicitis aguda.
- Infección intestinal bacteriana.
- Intoxicación alimentaria.
- Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso.
- Golpe de calor.
- Politraumatizado.
- Infarto al miocardio.

VIII EL USO DE PROVEEDORES CON CONVENIO Y SU EFECTO EN LOS SERVICIOS Y COBERTURAS DE LA PÓLIZA

Esta Póliza ofrece dos niveles de servicios, dependiendo si el Asegurado es atendido o no por los médicos que tienen convenio o contrato de pago con PREVEM. El Asegurado puede escoger el nivel de servicio que desee al momento de buscar atención médica. Bajo este plan el Asegurado puede gozar de servicios para una atención médica bajo cualquiera de los dos niveles de servicios: atención médica con Proveedores con Convenio o atención médica con Proveedores sin Convenio.

1. Servicios con Proveedores con Convenio y Pago Directo. Si el Asegurado se atiende con un proveedor bajo la presente modalidad y PREVEM coordina el servicio de Pago Directo, la indemnización de los Gastos Médicos Cubiertos será la máxima según las condiciones establecidas en este Contrato, incluyendo la Notificación del Siniestro a PREVEM y Trámites para la Reclamación de la Cláusula 28 y Cláusula 44 de estas Condiciones Generales. El Asegurado sólo será responsable por el Deducible, Coaseguro y gastos no cubiertos por la póliza. En caso de Emergencia Médica o Urgencia Real, si el Médico u Hospital que le atiende al Asegurado no es un Proveedor con Convenio, los beneficios serán pagados como si fuera un Proveedor con Convenio. Para conocer los Proveedores con Convenio del producto contratado, la página de internet www.prevemseguros.com.mx o a través del Centro de Atención Telefónica de PREVEM.

2. Servicios con Proveedores sin Convenio y Reembolso. Si el Asegurado no se atiende con un Proveedor con Convenio o presenta gastos cubiertos por un Siniestro vía Reembolso, los servicios serán reducidos según especificado en la carátula de la póliza bajo el término "Coaseguro con Proveedores que no son Proveedores con Convenio" y en lo especificado en la Cláusula 28 denominada Notificación del Siniestro a PREVEM y Cláusula 44 denominada Trámites para la Reclamación. Los servicios por honorarios médicos se basarán en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecido por PREVEM y sobre dicha base se aplicará el Coaseguro con Proveedores sin Convenio. En caso de gastos hospitalarios se aplicará el Coaseguro con Proveedores que no son Proveedores con Convenio. El asegurado será responsable por cualquier monto en exceso de los gastos cubiertos pagados por PREVEM.

IX CLAUSULAS 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 considerarán como agravaciones esenciales 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, considerando que al firmar este acuerdo el asegurado reconoce 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 Límites, Deducibles y Coaseguro

Cuando el Asegurado presente una reclamación por enfermedad o accidente cubierto durante un Año-Contrato, la aplicación del Deducible, Coaseguro y límites específicos de cobertura establecidos en la póliza seguirán 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 en caso de Reembolso y gastos en exceso del Gastos Usual, Razonable y Acostumbrado).
- 3) A la cantidad resultante se le descontará, primero el deducible y después la cantidad por concepto de coaseguro, de acuerdo con el porcentaje y límites establecidos en la carátula de esta póliza.

Bajo este Contrato el Deducible y Coaseguro, una vez satisfechos los límites de ambos, se aplican una sola vez a todos los gastos médicos cubiertos e incurridos en un Año-Contrato por Asegurado. Para gastos médicos incurridos con Proveedores con Convenio del plan contratado, se pagan los gastos cubiertos al 100% una vez satisfechos el Deducible y el Coaseguro. Para gastos médicos incurridos con Proveedores sin Convenio y Reembolsos, se pagan los gastos médicos cubiertos aplicando el Coaseguro indicado en la carátula de la póliza bajo el término "Coaseguro con prestadores de servicios médicos que no son Proveedores con Convenio al plan contratado", una vez satisfecho el Deducible.

Para gastos médicos cubiertos incurridos sin Notificación previa a PREVEM, ya sea en territorio nacional o extranjero, se pagan según lo establecido en la Cláusula 28 "Notificación del Siniestro a PREVEM" y Cláusula 44 "Trámites para la Reclamación".

40

Cláusula 3. Arbitraje Médico

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 Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarias o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta, conforme al Artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Cláusula 6. Modificaciones en la Estructura de la Póliza

El Asegurado podrá solicitar modificaciones a la póliza únicamente por escrito al momento de su renovación. Si PREVEM autoriza el cambio, se reconocerá la antigüedad acumulada de los asegurados. PREVEM podrá aceptar, condicionar o rechazar la solicitud si esta implica una agravación del riesgo. Se considerará agravación del riesgo, entre otros casos:

- Dar de baja únicamente a integrantes sin reclamaciones, manteniendo a aquellos con padecimientos activos o tratamientos médicos.
- Solicitar cambios de plan, coberturas, suma asegurada o deducible/coaseguro para ampliar beneficios sobre un riesgo o diagnóstico ya conocido por el Contratante o Asegurado.

La decisión sobre la modificación no afectará las coberturas vigentes ni los derechos previamente adquiridos por los asegurados.

Cláusula 7. 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.”

41

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 8. Concurrencia.

El pago de los beneficios de esta póliza no se duplicará con los beneficios de ninguna otra póliza de seguros para la cual un Asegurado pueda ser elegible. Por lo tanto, cuando PREVEM. efectúe el pago o Reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, PREVEM, tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las sumas aseguradas respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la Suma Asegurada del Asegurado, siempre y cuando el Asegurado haya otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

Cláusula 9. Continuidad del Seguro

Cualquier Asegurado Dependiente, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular o en el caso de los hijos que rebasen la mayoría de edad tendrá derecho a solicitar que se le expida a su nombre una Póliza de seguro de gastos médicos individual o familiar con reconocimiento de antigüedad llenando la documentación correspondiente, siempre y cuando el trámite se realice dentro de los primeros treinta (30) días naturales posteriores a que el Asegurado Dependiente deje la cobertura de la Póliza familiar.

Cláusula 10. 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 identifican 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 11. 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 12. Cooperación de los Asegurados

El Asegurado deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuese posible adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias que motivaron la atención médica o intervención quirúrgica. 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 13. Cuidados con fines paliativos

Cuidados para el paciente crónico somático que sufre un proceso patológico incurable que, para mejorar su calidad de vida, conviene tratarlo en forma integral, fundamentalmente a nivel de su domicilio y/o unidad de cuidados paliativos, con la participación activa del núcleo familiar, el cual comprende cuidados físicos, psicológicos y de enfermería. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado de manera previa y por escrito por PREVEM. Se considera este beneficio para pacientes en estado terminal con menos de seis (6) meses de vida.

Cláusula 14. Deducciones

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

Cláusula 15. Edad

Límites de aceptación: la edad máxima de aceptación es a los 69 años 10 meses, sin límite de edad para la renovación, siempre y cuando tenga cobertura continua e ininterrumpida con 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 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. Si 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 el cálculo mencionado en el tercer párrafo de este punto, 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 pagada no devengada correspondiente, conforme al Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cabe señalar, que las coberturas opcionales de Continuidad Familiar y Cero Deducible por Accidente cuentan con edades específicas de contratación las cuales se establecen en el apartado IV. Coberturas Adicionales.

Cláusula 16. Endoso

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por PREVEM, se efectuará mediante la emisión del correspondiente endoso debidamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y suscrito por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por PREVEM tendrán facultad para extender endosos en el presente Contrato. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante del Contrato, los endosos a que se hace referencia en el mismo deben ser emitidos por la oficina de PREVEM en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Contratante deberá pagar la correspondiente Prima, si fuere el caso.

Cláusula 17. Exámenes Médicos

PREVEM podrá exigir a quienes aspiren a ser Asegurados bajo el presente Contrato que se sometan a una evaluación médica y/o estudios de laboratorio o gabinete que serán practicados por profesionales señalados por PREVEM. Así mismo, el Asegurado o Asegurados Dependientes deberán suministrar todas las informaciones requeridas por PREVEM sobre su estado de salud, antes de la celebración del Contrato y autorizarán a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica.

Cláusula 18. Prima

La Prima de esta póliza será la suma correspondiente a cada Asegurado, calculada conforme a la tarifa vigente a la fecha de inicio, considerando edad, género, ocupación, actividad y coberturas contratadas. La unidad de la Prima calculada para el periodo de seguro es anual; podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine PREVEM.

La Prima vence en el momento de la celebración del Contrato, o bien, en caso de pago fraccionado, cada fracción vencerá al comienzo del periodo que comprenda. El Contratante se obliga a pagar a PREVEM la Prima, más recargos por pago fraccionado, gastos de expedición de póliza e IVA indicados en la carátula de la póliza. Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de PREVEM contra entrega de la factura correspondiente, o mediante los medios previamente acordados entre las partes.

Conforme al Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la Prima o la fracción pactada. A las 12 horas del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si no se ha cubierto el importe correspondiente. Si no se paga la Prima o la fracción en el plazo estipulado en la carátula de la póliza, los efectos del Contrato cesarán automáticamente en los términos señalados.

En caso de Siniestro, PREVEM podrá deducir de la indemnización el total de la Prima pendiente de pago o las fracciones no liquidadas, hasta completar la totalidad correspondiente al periodo contratado. En cada renovación, la Prima se determinará conforme a la edad alcanzada, ocupación y género de cada Asegurado, aplicando las tarifas vigentes, más impuestos, gastos de expedición y tasa de financiamiento.

Cláusula 19. 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 20. Impuestos

El pago de impuesto al valor agregado (I.V.A.) correspondiente a los gastos médicos procedentes, será cubierto por PREVEM, cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del Asegurado.

Cláusula 21. 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 22. 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 23. Lugar de Residencia

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los Asegurados que radiquen permanentemente 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.

Cualquier cambio de residencia (dentro o fuera de la República Mexicana) del Asegurado Titular y/o Asegurado(s) Dependiente(s) deberá notificarse por escrito dentro de los primeros treinta (30) días naturales al cambio; de lo contrario PREVEM podrá considerar rescindido el Contrato a partir de la fecha en que debió darse el aviso.

PREVEM se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga por el cambio de residencia. Si PREVEM acepta el cambio de residencia, podrá cobrar la extra-prima correspondiente al nuevo lugar de residencia, o bien si corresponde a una zona geográfica mayor que la declarada inicialmente, en el trámite del siniestro se aplicará el coaseguro contratado más 20 puntos porcentuales sin límite del mismo y los gastos médicos cubiertos serán pagados de acuerdo al plan y zona geográfica contratada.

Cláusula 24. Modificaciones al Contrato y Rectificación de la Póliza

Los cambios o modificaciones al Contrato acordados por escrito entre el Contratante y PREVEM, serán válidos siempre y cuando hayan sido registrados y autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme lo señalado en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 25. 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.

El reembolso de los gastos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en que se haya efectuado el gasto.

Cláusula 26. 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 27. Movimiento de Asegurados. Bajas 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 31 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de ser dependiente económico del titular.

El Contratante se obliga a comunicar por escrito la baja del 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 la Compañía la prima convenida para el periodo en curso (fracción pactada), de acuerdo a lo establecido en el Artículo 44 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que el Contratante solicite la baja de asegurados, dentro de los 30 (treinta) primeros días naturales de vigencia de la póliza, PREVEM devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza. En caso de que el Contratante solicite la baja de asegurados, después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, PREVEM devolverá el 70% de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza. Dicho monto se entregará en un periodo máximo de 30 días hábiles a partir de la fecha de baja del asegurado.

En caso de siniestro abierto se realizará con la baja del o de los asegurados sin devolución de prima.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante.

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

Cláusula 28. Notificación del siniestro a PREVEM

El Asegurado deberá notificar a PREVEM, por sí mismo o por alguien actuando en su nombre, sobre su intención de hospitalizarse o someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del médico tratante, o trasladarse en ambulancia terrestre en casos no urgentes y medicamente necesarios, con anticipación de por lo menos cinco (5) días hábiles en caso de programación de cirugía.

En caso de Emergencias Médicas que requieran hospitalización, la notificación deberá hacerse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de haber comenzado la condición que requiera el tratamiento médico o intervención quirúrgica.

Las notificaciones deben efectuarse dentro de los plazos establecidos anteriormente, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo notificar a la Aseguradora tan pronto como desaparezca el impedimento.

Los servicios por trasplantes que incluyen los procedimientos y las instalaciones donde se realizan deberán ser previamente aprobados por PREVEM, tan pronto como se determine que el Asegurado es un candidato para un trasplante. Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por, o en relación con, un procedimiento de trasplante que no haya sido previamente aprobado por PREVEM.

La notificación descrita en esta sección permite a PREVEM la activación de los mecanismos que sean necesarios para garantizar el mejor servicio al Asegurado, permitiéndole el acceso a los proveedores de servicios médicos, pago directo, evaluación de emergencia y otros, según sea necesario en las condiciones del caso.

Si no se cumple el procedimiento de notificación en los lapsos de tiempo especificados en esta cláusula, salvo causa no imputable al Asegurado, PREVEM aplicará un coaseguro del treinta por ciento (30%) sobre los gastos cubiertos, después de la aplicación del Deducible y sin que aplique el límite de Coaseguro, aún en casos en que el Asegurado sea atendido por un Proveedor con Convenio.

Para los casos que requieran atención ambulatoria, es decir que no requieran hospitalización y se atiendan con Proveedores con Convenio al plan contratado, no aplicará esta condición por no notificar y los gastos deberán presentarse por reembolso.

Cláusula 29. 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 30. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante y/o asegurado, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la compañía, 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 la compañía 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 la compañía 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 31. Pago de las Reclamaciones

Tan pronto PREVEM disponga de la información completa relacionada y solicitada de una reclamación, procederá al pago de los Gastos Médicos 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 causahabientes en caso de fallecimiento. 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 de llegará 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 32. Periodo de Gracia para el Pago de la Prima

Lapso de treinta días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o la fecha de Renovación o primera factura para el pago de la Prima, que tiene el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. Cuando el pago de la póliza se realiza de manera fraccionada, las facturas subsecuentes a la primera contarán con el mismo periodo.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la parcialidad pactada.

En caso de que se presente una Enfermedad o Accidente cubiertos durante el transcurso del periodo de gracia, la indemnización de los gastos médicos amparados que hayan sido erogados en éste, se dará en forma de Reembolso descontando la Prima o la fracción pendiente de pago.

Cláusula 33. Prescripción

Los gastos médicos cubiertos incurridos y pagados por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, que sean presentados por el Asegurado a PREVEM, después de terminada la vigencia de la póliza, serán reembolsados siempre y cuando sean procedentes y presentados dentro de los siguientes dos años contados a partir de la fecha del gasto incurrido, de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, los cuales se transcriben a continuación:

Artículo 81: Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82: El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de PREVEM.

Cláusula 34. Primas

La Prima de esta póliza está determinada de acuerdo con los procedimientos registrados en la Nota Técnica correspondiente presentada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas aplicable a cada Asegurado y beneficio contratado, al momento de cada renovación. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

La Prima de la póliza vence en el momento de la celebración del Contrato y salvo pacto en contrario se entenderá que el periodo de seguro es de 12 meses.

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. 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 “Forma de Pago” estipulada para el periodo de seguro, es la señalada en la carátula de la póliza. La Prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado. En caso de pago fraccionado, cada fracción de Prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

El pago de las fracciones posteriores a la primera deberá efectuarse a más tardar al comienzo del período que comprenda el recibo correspondiente, en caso contrario los efectos del Contrato cesarán automáticamente (Artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 35. Reconocimiento de Antigüedad

Es el período ininterrumpido en que el Asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos similar en alguna Compañía de Seguros en México. Dicho periodo se podrá utilizar en la cobertura actual para reducir o eliminar los periodos de espera de ciertas Enfermedades Cubiertas mencionadas en la sección VI “Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera” o ciertas Enfermedades Cubiertas especificadas en un Endoso.

Para considerar un período de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a PREVEM que durante ese período la prima de la(s) póliza(s) del Asegurado, fue(ron) pagada(s).

Para otorgar el reconocimiento de antigüedad, el trámite deberá ser solicitado dentro de los primeros 30 días siguientes a la fecha de alta del Asegurado.

Cláusula 36. Rehabilitación

Cuando la póliza cese en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días naturales siguientes al vencimiento del periodo de gracia y en su caso, PREVEM la podrá rehabilitar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Utilizar el formato autorizado adjuntando los documentos establecidos, ambos por PREVEM.
- b) Presentar los requisitos de asegurabilidad determinados por PREVEM para la evaluación de su estado de salud.

La póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que PREVEM lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al contratante.

PREVEM, en ningún caso responderá por enfermedades o accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la póliza y la fecha en que PREVEM emitió la respectiva autorización.

PREVEM se reserva el derecho de aceptar o no la rehabilitación de la póliza.

Cláusula 37. Renovación Automática

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.

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.

El servicio de red médica y hospitalaria tendrá la calidad, servicio y ubicación congruente con la originalmente contratada, de conformidad con los productos que estén registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en el momento de la contratación.

En cada renovación se podrá actualizar la suma asegurada, el deducible y tope de coaseguro tomando como referencia la inflación médica anual presentada por el gobierno federal.

PREVEM informará al contratante o al asegurado, con al menos veinte días hábiles antes del término de la póliza, el costo del seguro y las condiciones de aseguramiento en cuestión de deducible, coaseguro, tope de coaseguro y suma asegurada que se aplicarán en la renovación.

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

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

- a) Siendo cónyuge o concubina (o), se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo, contraiga matrimonio, cumpla 31 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular.

En caso de que el asegurado cambie de Residencia u Ocupación o solicite alta o baja de asegurados o cambios de plan, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de PREVEM.

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 38. Rescisión del 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, en un periodo máximo de 30 (Treinta) treinta días hábiles, posteriores a la notificación de la rescisión.

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 39. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a PREVEM, que le informe el porcentaje de 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 en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 40. 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 a lo previsto por el párrafo del artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 41. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad anual que pagará PREVEM por los Gastos Médicos Cubiertos que haya incurrido el Asegurado durante el Año-Contrato. La Suma Asegurada se aplica por Asegurado por Año-Contrato y está sujeta a los límites establecidos en la carátula de la póliza, así como en las condiciones generales y anexos de esta.

Cláusula 42. 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 periodo máximo de 30 (treinta) días hábiles. 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 43. Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de la República Mexicana, a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubierto o en el extranjero en caso de Emergencia.

Cláusula 44. Trámites para la Reclamación Servicio de Pago Directo

El asegurado podrá libremente elegir al o los proveedores médicos de su preferencia, ya sea con los Proveedores con Convenio de Pago Directo de PREVEM, o con los Proveedores sin Convenio, a través del sistema de reembolso.

En el caso de que el Asegurado libremente elija ser atendido por los Proveedores con Convenio del plan contratado, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo, en donde el Asegurado deberá tramitar la autorización de la atención médica requerida con PREVEM de acuerdo con el manual del asegurado. Una vez obtenida la autorización correspondiente, PREVEM efectuará el pago de los gastos médicos cubiertos por la póliza a los Proveedores con Convenio del plan contratado, quedando a cargo del Asegurado, los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

Durante el periodo de gracia de 30 días para el pago del recibo, no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la póliza no ha sido pagada.

Sistema de Pago por Reembolso

Este sistema es para gastos médicos cubiertos incurridos durante la Vigencia de la póliza, por los cuales el Asegurado solicita a PREVEM, el Reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta. El Sistema de Reembolso aplica para los gastos médicos cubiertos por la póliza:

- a) Que el Asegurado haya efectuado directamente a prestadores que no forman parte de los Proveedores con Convenio del plan contratado.
- b) Cuando no se pudo establecer con oportunidad contacto con PREVEM, y no se llevó a cabo la Notificación mencionada en esta cláusula por parte del Asegurado o por alguien actuando en su nombre.
- c) Cuando, derivado de la información médica disponible al momento de la solicitud, no sea posible contar con elementos suficientes para confirmar de manera concluyente el diagnóstico, la procedencia del padecimiento o el alcance de la cobertura.
- d) Cuando la póliza, aun estando en el periodo de gracia, no se haya pagado.

Para realizar el Reembolso correspondiente, 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 la documentación solicitada por PREVEM para presentar la reclamación indicados su página de internet.

“La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo”

Los formatos de Prevem y documentos requeridos que el Asegurado deberá presentar para las reclamaciones subsecuentes deberán ser actualizadas cada 6 meses.

En caso de Reembolso, por condiciones imputables al Asegurado o bien por que el tratamiento haya sido ambulatorio y no requirió hospitalización, PREVEM aplicará el “Coaseguro Fuera de Proveedores con Convenio” indicado en la carátula de la póliza, después de la aplicación del Deducible y sin que aplique el límite de Coaseguro. Esta condición no aplica para la cobertura de Maternidad.

Zona Geográfica Contratada

En caso de que el Asegurado se atienda con hospitales y/o médicos de una zona geográfica superior a la contratada, la cual está indicada en la carátula de la póliza y/o sus anexos, se aplicará el coaseguro contratado más 20 puntos porcentuales sin límite del mismo y los gastos médicos cubiertos serán pagados de acuerdo con el plan y zona geográfica contratada.

Esta condición queda sin efecto en caso de Accidente Cubierto o Emergencia Médica o en los casos de Enfermedad Cubierta, que para su tratamiento médico y/o quirúrgico sea estrictamente necesario su traslado a una zona geográfica diferente a la contratada.

Cláusula 45. 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.

Cláusula 46. Cambios en la red hospitalaria y de proveedores

La red de hospitales y prestadores de servicios médicos puede cambiar en cualquier momento si Prevem Seguros decide dar por terminado su convenio de colaboración. Si al momento de cancelarse un convenio el asegurado se encuentra hospitalizado o en medio de un tratamiento médico cubierto por la póliza, Prevem Seguros acordará con el prestador el periodo necesario para que el asegurado pueda continuar con su atención sin interrupciones bajo las condiciones contratadas.

El asegurado podrá consultar en todo momento el directorio actualizado de la red de proveedores en la página de internet: www.prevemseguros.com.mx.

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 55 9178 2626, 55 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.mx> en la sección de Productos.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 09 de septiembre de 2026, con el número CNSF-S0112-0183-2026/CONDUSEF-007222-02.

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

