



Médica Empresarial

Gastos Médicos Mayores Nacional

Condiciones Generales

INDICE

I. DEFINICIONES	5
II. OBJETO DEL SEGURO	15
III. GASTOS MEDICOS CUBIERTOS	15
IV. COBERTURAS ADICIONALES	26
V. EXCLUSIONES GENERALES	36
VI. GASTOS MEDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	40
VII. EL USO DE PROVEEDORES AFILIADOS Y SU EFECTO EN LOS SERVICIOS Y COBERTURAS DE LA POLIZA	42
VIII. CLAUSULAS GENERALES	43

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de octubre de 2019, con el número con el número CNSF-S0112-0480-2019/CONDUSEF-001980-03.

I DEFINICIONES

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

Aborto Involuntario o Espontáneo

Ocurre cuando se interrumpe de manera no voluntaria el embarazo antes de la semana 20 de gestación (139 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (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, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella.

Accidente No Cubierto

- a) **Aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento; 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 cumple con las condiciones de asegurabilidad de este Contrato, que ha sido aceptada por la Aseguradora y que está expuesta a los riesgos especificados en sus condiciones generales y anexos.

a) Asegurado(a) Titular. Persona física asegurable a partir de los dieciocho (18) años de edad y hasta los sesenta y cuatro (64) años de edad, que reside en territorio nacional y tiene derecho a recibir el pago de las indemnizaciones o reembolsos a que hubiere lugar por este Contrato, tiene relación contractual con el contratante. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este Contrato de seguro, además de firmar como responsable del consentimiento individual.

b) Asegurado Dependiente. Se podrá considerar como asegurado dependiente al cónyuge, concubina (o) hasta los sesenta y cuatro (64) años de edad e hijos solteros del Asegurado Titular hasta veinticuatro (24) años de edad, que dependan económicamente de él, con Residencia permanente en la República Mexicana, siempre que hayan sido designados por escrito en la póliza y aceptados por Prevem Seguros, S.A. de C.V. como Asegurados, que cumplan con la definición de Colectividad Asegurada y que su nombre aparezca en la relación de asegurados en la carátula de la póliza.

Así mismo un hijo soltero mayor de veinticuatro (24) años, podrá ser asegurado si:

- El hijo es incapaz de mantenerse económicamente a sí mismo a causa de una incapacidad mental o física.
- La incapacidad se produce antes de que el hijo cumpliera veinticuatro (24) años de edad y si,
- El Asegurado Titular proporciona la prueba de dependencia e incapacidad antes mencionada del hijo, incluyendo la certificación de un Médico autorizado para tal efecto, dentro de los 30 días siguientes a que la cobertura del hijo termine. Prevem Seguros se reserva el derecho a verificar y validar si el hijo tiene dicha incapacidad y por lo tanto es dependiente del titular.

Coaseguro

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

Colectividad

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Contratante

Persona física o moral cuya solicitud maestra sirve de base para la expedición de esta póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.

Contrato

Este contrato de seguro está constituido por:

La póliza; la carátula de la póliza, que es el documento en que se identifica al Contratante, a la Colectividad Asegurada, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados; estas Condiciones Generales; la Solicitud Maestra que el Contratante ha firmado y entregado a Prevem Seguros, así como las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que debidamente firmados por un funcionario autorizado de Prevem Seguros, S.A. de C.V. y autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, modifican o condiciona en cualquier sentido los alcances del Contrato; las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en el consentimiento individual del seguro y en el cuestionario médico en los casos donde se den de alta asegurados después de los 30 días de haberse hecho elegibles al seguro; el registro de Asegurados; en su caso, la historia clínica, exámenes médicos y estudios de laboratorio solicitados por Prevem Seguros, S.A. de C.V.; y cualquier otro documento que hubiere sido materia para la celebración del mismo, constituyen el Contrato de Seguro.

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 Seguros 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. 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 de la vigencia inmediata siguiente.

El monto del deducible de la cobertura del producto, será el contratado y especificado en la carátula de la póliza.

Días de Espera para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización

Es el número de tres (3) días de hospitalización que deben transcurrir de manera ininterrumpida entre la fecha de hospitalización y la fecha en que Preveem empezará a pagar la indemnización diaria por hospitalización estipulada en la carátula de la póliza. Estos tres (3) días de espera sólo operan para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización y están estipulados en la carátula de la póliza.

Electivo

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

- a) No es Médicamente 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.

8

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 del asegurado por parte del Médico Tratante.

Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

Enfermedad

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.

Enfermedad o Padecimiento Cubierto

Toda enfermedad o padecimiento, diagnosticados por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que sufra el Asegurado Titular o cualquiera de sus Asegurados Dependientes previamente dados de alta en esta póliza, cuyo inicio y primer gasto médico ocurra 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.

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 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 institución de Seguros cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- b) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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.

Exclusiones

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

Experimental o investigación.

Significa 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.

Gasto Médico Cubierto

Son todos aquellos Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, Médicamente Necesarios, que no sean calificados como Experimentales o 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, 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 y cubierto por el mismo una vez transcurridos los periodos de espera indicados en la sección VI “Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera” de las Condiciones Generales.

Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (GURA)

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

Hospital, Clínica o Sanatorio

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

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.

Lugar de Residencia

Ciudad o población del domicilio declarado en la Solicitud por cada Asegurado, y donde vive permanentemente el Asegurado.

Medicamento Necesario

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

- a) Sean apropiados, efectivos y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad, Embarazo, Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.
- 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 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.

Médico Tratante

Médico que proporciona la atención médica al Asegurado y puede tratarse con alguno de los que tenga un contrato o convenio celebrado con Prevem Seguros, S.A. de C.V. El Médico Tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano (a) o hijo (a)) ni el Asegurado mismo.

Pago Directo

Servicio mediante el cual Prevem Seguros, S.A. de C.V. podrá liquidar directamente a los Proveedores Afiliados 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 Afiliados de acuerdo al plan y que se haya dado notificación del evento a Prevem Seguros, S.A. de C.V.

Periodo al Descubierto

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

Periodo de Espera

Es el tiempo que debe transcurrir de manera ininterrumpida entre la fecha de alta para cada Asegurado y la fecha en que se cubrirán ciertas enfermedades.

Prevem Seguros, S.A. de C.V.

Es la Aseguradora y constituye la persona moral que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. Toda mención en adelante de Prevem Seguros S.A. de C.V. o Prevem Seguros o Prevem, se referirá a la misma persona moral antes señalada.

Prima

Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de seguros a cargo del Contratante y a favor de Prevem Seguros.

Programación de Cirugía

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

Prótesis 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, cardíacos.

Proveedores Afiliados

Cualquier hospital o médico u otro prestador de servicios médicos auxiliares que tenga celebrado convenio o contrato de Pago Directo por escrito con Prevem Seguros o con un tercero designado por ésta, por el que acepta prestar servicios médicos cubiertos a los Asegurados y recibir su pago directamente de Prevem Seguros de acuerdo a los términos y condiciones del Contrato.

El Asegurado podrá libremente elegir a los proveedores médicos de su preferencia, ya sean o no Proveedores Afiliados al plan contratado.

En caso de que el Asegurado libremente elija ser atendido por los Proveedores Afiliados 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 Afiliados del plan contratado, a que se hace referencia, ejercen su profesión libremente, siendo totalmente responsables de la práctica de la misma, sin que exista responsabilidad de ninguna índole por parte de Prevem Seguros.

Reconocimiento de Antigüedad

Es el período ininterrumpido en que el Asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos mayores similar en alguna Compañía de Seguros en México. Dicho período podrá ser reconocido por Prevem Seguros 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.

Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante Prevem Seguros, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una Enfermedad o Accidente o Embarazo cubierto. Prevem Seguros define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

Reembolso

Es el proceso mediante el cual el Asegurado paga directamente a los proveedores de servicios médicos legalmente autorizados, el importe de los gastos médicos erogados por la atención de un Accidente, Enfermedad o Embarazo cubierto, solicitando posteriormente la restitución de los mismos a Prevem Seguros. Se

deducirá de los montos presentados a Prevem Seguros, 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 Seguros 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 optativa especializada que Prevem Seguros proporciona a través de Médicos consultantes en convenio o que tienen contrato con Prevem Seguros, con el único propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con la Enfermedad o Accidente del Asegurado. Esta Segunda Opinión Médica no implica limitante alguna para que el Asegurado opte por intervenir quirúrgicamente con base en la opinión médica que le haya proporcionado su Médico Tratante.

El costo de la Segunda Opinión Médica queda a cargo de Prevem Seguros.

Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detectan objetivamente mediante una exploración médica.

Siniestro

Los Gastos médicos por cualquier Accidente, Enfermedad, Embarazo o parto presentados por el Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes a Prevem Seguros para la indemnización de los mismos en caso de estar cubiertos por esta Póliza.

Síntoma

Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad anual que pagará Prevem Seguros 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 la misma.

Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Aplica solamente en México. El Tabulador de Honorarios es descriptivo más no limitativo, por lo que si no se encuentra un padecimiento especial, Prevem Seguros proporcionará el monto que se aplicará, siempre y cuando esta Enfermedad o Accidente no se encuentre expresamente excluido. El tabulador de honorarios médicos quirúrgicos se encuentra disponible en la página de internet www.prevemseguros.com.mx en la sección de asegurados.

15

II OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es pagar los Gastos Médicos Cubiertos en que haya incurrido el Asegurado en territorio nacional o en el extranjero, en caso de Emergencia Médica, como resultado de una Enfermedad, Accidente o Embarazo cubierto y originado durante la vigencia de la póliza. Los Gastos Médicos Cubiertos serán pagados de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la Carátula de la Póliza así como en las Condiciones Generales y Endosos de la misma.

III GASTOS MEDICOS CUBIERTOS

Prevem Seguros pagará los Gastos Médicos Cubiertos en relación a los siguientes servicios, suministros y tratamientos médicos.

Los gastos médicos cubiertos son:

1. Hospitalización

- a) Habitación privada en cuarto estándar con alimentos, 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

16

a) Honorarios médicos

Los honorarios médicos y quirúrgicos de cirujanos, anestesiólogos, ayudantes y cualquier otro médico especialista interconsultante y justificado.

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 Médicamente 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 Médicamente 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.

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, sean necesarios para la convalecencia domiciliaria del Asegurado, y en base al Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y por turnos de 8, 12 y 24 horas por 30 días con límite máximo de 720 horas.

- 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.

3. Medicamentos

a) Medicamentos Intra-Hospitalarios

Son aquellos medicamentos prescritos por el Médico Tratante durante la Hospitalización del Asegurado y autorizados por la COFEPRIS, en relación con una Enfermedad o Accidente Cubiertos de acuerdo a las Condiciones Generales y Endosos correspondientes de la Póliza, que el Asegurado necesite y consuma durante la Hospitalización.

Dichos medicamentos están cubiertos hasta la Suma Asegurada de la póliza.

b) Medicamentos Ambulatorios Post-Hospitalarios

Son aquellos medicamentos prescritos por el Médico Tratante durante la Hospitalización del Asegurado y autorizados por la COFEPRIS, en relación con una Enfermedad o Accidente Cubiertos de acuerdo con las condiciones generales y endosos correspondientes de la póliza, que el Asegurado necesita tomar de forma ambulatoria después de su egreso del Hospital.

Dichos medicamentos están cubiertos hasta la Suma Asegurada de la póliza por un período de noventa (90) días a partir de la fecha de egreso del Hospital. Después de los noventa (90) días, dichos medicamentos no están cubiertos por esta póliza.

c) Medicamentos sin hospitalización y sin cirugía ambulatoria

Son aquellos medicamentos ambulatorios autorizados por la COFEPRIS que son indispensables para atender terapéuticamente una Enfermedad o Accidente Cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Endosos correspondientes de la Póliza. Estos medicamentos están cubiertos hasta \$60,000 M.N. (por asegurado por Año-Contrato).

Para el reembolso de cualquier medicamento se deberá presentar la nota de la farmacia con requisitos fiscales a nombre del Asegurado Dependiente o del Asegurado Titular y anexar original o copia de la receta médica correspondiente, excepto antibióticos, los cuales serán en copia.

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 y hasta el alta médica.
- b) Exámenes de alergias prescritos por el médico tratante por escrito, con un diagnóstico definitivo.

18

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 Medicamento Necesario y sea prescrito por el Médico Tratante.

6. Terapia y rehabilitación

- a) Terapia radioactiva y quimioterapia, fisioterapia y otros semejantes que sean Medicamento Necesarios para el diagnóstico o tratamiento de Accidente ó 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 Medicamento Necesarios para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad Cubierta y que sean prescritos por el médico tratante.

7. Servicio de ambulancia

- a) Servicio de ambulancia de traslado terrestre dentro del territorio nacional por cualquier emergencia médica cubierta y facilidades quirúrgicas ambulatorias. Se cubren 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 PreveSeguros.
- b) Ambulancia aérea y cuidados médicos para traslado al hospital más cercano dentro del territorio nacional por motivo de una Emergencia 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, por Año-Contrato para cada Asegurado, aplicando invariablemente un coaseguro del 10% aún utilizando los Proveedores Afiliados y, 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.
3. La condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros.

8. Maternidad

Gastos por maternidad limitado a Parto Normal u operación Cesárea hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la póliza por Asegurado por Año-Contrato. En ambos casos, aplica un periodo de espera de diez (10) meses con Previm Seguros y no aplica Deducible ni Coaseguro. Serán elegibles para esta cobertura aquellas mujeres Titulares, Cónyuge o Concubinas del Titular entre los 18 y 44 años de edad, que son Aseguradas bajo este Contrato, de acuerdo a la definición de Colectividad asegurada, y que cumplan con el periodo de espera establecido para esta cobertura.

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 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. **Legrado uterino, cualquiera que sea su causa, con excepción del involuntario certificado por el médico tratante y que no sea complicación de una exclusión contenida en la Póliza.**
3. **Todos los gastos de un embarazo a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones.**

9. Complicaciones del Embarazo

Gastos originados de las siguientes complicaciones del Embarazo y parto de la Asegurada Titular, Cónyuge o Concubina que son Aseguradas bajo este Contrato, de acuerdo a la definición de Colectividad asegurada, de acuerdo al Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y después de transcurridos diez (10) meses de espera con Prevem Seguros y sujetos a la Suma Asegurada del Contrato estipulada en la Carátula de la póliza.

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos
- Mola hidatiforme (embarazo molar)
- Placenta previa
- Placenta 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 y es retenido en el útero por cuatro (4) semanas o más
- Terminación espontánea 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 Nacidos y Síndromes, Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos

Son todos aquellos Gastos Médicos Cubiertos, hasta el límite máximo establecido en la Carátula de la Póliza, por atención al recién nacido, siempre y cuando la madre Titular, Cónyuge o Concubina haya estado asegurada con Prevem Seguros durante diez (10) meses y no aplique una causa de exclusión:

- Los gastos de cunero
- Consultas pediátricas e incubadora
- Los gastos relacionados con un parto prematuro
- Los gastos incurridos mientras permanezca 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 madres 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.

El límite indicado en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, aplicará a cada recién nacido en caso de un parto múltiple y a cualquier Enfermedad que padezca el recién nacido y se limitará a los primeros sesenta (60) días de vida. Después de los primeros sesenta (60) días de vida, la responsabilidad máxima de Prevem Seguros será la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza (y/o sus anexos) para la cobertura básica.

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**
- 11. Síndromes, Enfermedades, Malformaciones o Defectos Físicos Congénitos de Asegurados No Nacidos 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
- 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

12. Gastos por accidente

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

- 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 como Accidente, siempre y cuando el Asegurado no sea el asaltante 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 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 a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto.

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 diez (10) meses de cobertura con Prevem Seguros, 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, se cubre hasta la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando el Asegurado tenga al menos dos (2) años de cobertura ininterrumpida en la póliza con Prevem Seguros.

Los Padecimientos de nariz y/o senos paranasales 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 Seguros, para que sea valorado y atendido por un Médico otorrinolaringólogo que pertenezca a los Proveedores Afiliados con Prevem Seguros. 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

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

23

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 para esta cobertura, con periodo de espera de cinco (5) años continuos e ininterrumpidos con Prevem Seguros, 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

Para efectos de esta cobertura se establecen las siguientes definiciones:

a. 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

b. 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.

c. Órgano

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

d. Receptor

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

e. Trasplante

Significa el procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras el seguro esté 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

Condiciones Específicas para Trasplantes

Se cubre el trasplante de órganos, de acuerdo a las siguientes condiciones específicas, hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza 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 Seguros, S.A. de C.V. para lo cual el Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, estará obligado a ponerse en contacto con Prevem Seguros, 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 Seguros 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 Médicamente Necesario.

Los gastos médicos cubiertos incurridos por trasplantes, incluyen, sin estar limitados, a los gastos que sean Médicamente 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. Obtención de órganos.
- d. Medicinas proporcionadas durante una Hospitalización, o suministros para usar en la casa.
- e. Evaluación de pacientes ambulatorios.
- f. Cuidados postoperatorios.
- g. Gastos del donante, hasta un máximo de \$100,000 moneda nacional.

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 Seguros considera que es Médicamente Necesario.

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 Seguros, 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**

IV COBERTURAS ADICIONALES

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 Seguros siempre se basará en el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado del País donde se atiende la Emergencia Médica.
4. Prevem Seguros, S.A. de C.V. pagará la indemnización en moneda nacional al tipo de cambio a la venta estipulado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, para esa moneda y considerando como fecha aquella 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, 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 ninguna condición 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.

2. Indemnización Diaria por Hospitalización

(Su contratación es de manera opcional y debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

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 Seguros, 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.

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 Seguros, 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 y para cada caso deberá transcurrir los días de espera estipulados en la carátula de la póliza.

28

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

3. Cobertura Dental Prevem

Esta cobertura será otorgada por Prevem Seguros y los servicios serán prestados a través de la compañía denominada Dentegra Seguros Dentales S.A. y con la cual Prevem Seguros ha celebrado un contrato para pago directo.

3.1 Tratamientos Dentales bajo Dental Prevem

Prevem Seguros cubrirá los gastos dentales del asegurado a consecuencia de las siguientes enfermedades: caries, infecciones e inflamaciones bucales, gingivitis, falta de función por enfermedad y fracturas de dientes; siempre y cuando el tratamiento esté cubierto bajo la Póliza.

Prevem Seguros anexará a la Póliza un folleto con los servicios prestados por la Compañía mencionada, en donde el asegurado podrá consultar:

- Los tratamientos cubiertos mencionados.
- Los pasos para que los servicios sean otorgados para lo cual el Asegurado deberá mostrar la tarjeta de identificación vigente como asegurado del producto Médica Empresarial de Prevem Seguros, acompañada de una identificación oficial con fotografía.
- Las exclusiones y limitaciones de los servicios.

Los servicios tienen un límite anual de diez mil pesos M.N. (\$10,000.00 M.N.) y un copago a cargo del asegurado del veinte por ciento (20%) sobre el costo total de sus gastos de tratamientos cubiertos.

3.2 Exclusiones de Dental Prevem

Esta cobertura en ningún caso cubre procedimientos dentales que no sean los especificados en esta Póliza, ni tampoco los gastos indicados como Exclusiones ambos descritos en el folleto de los servicios prestados por la Compañía Dentegra Seguros Dentales S.A

4. Cobertura Dental Prevem Dinámico

La contratación de esta cobertura es de manera opcional y debe venir especificada en la Carátula de la Póliza.

Mediante la contratación de esta cobertura se amplían los beneficios de la cobertura Dental Prevem señalada en el punto 3 de la sección IV Coberturas Adicionales. Los tratamientos se explican en el folleto anexo a la Póliza, quedando un límite anual de ciento veinte mil pesos M.N. (\$120,000.00 M.N.) y un copago a cargo del asegurado de veinte por ciento (20%) sobre el costo total de sus gastos de tratamientos cubiertos.

5. Servicios de Asistencia en Viaje

Esta cobertura y sus servicios, serán otorgados por Prevem Seguros, a través de la Compañía Articuladora de Servicios de Asistencia en Viaje que aparece en la relación anexa a la póliza y con la cual Prevem Seguros ha celebrado un contrato de prestación de servicios.

5.1 DEFINICIONES:

Para efectos de esta cobertura, se establecen las siguientes definiciones:

Asegurados: Son aquellos que indique y autorice expresamente Prevem Seguros y que tengan Residencia Permanente en la República Mexicana.

Prestador: Es la Compañía Articuladora de Servicios de Asistencia en Viaje que aparece en la relación anexa a la póliza y que ofrece los servicios de asistencia en viaje internacional.

Residencia Permanente: El domicilio habitual del Asegurado en la República Mexicana tal como declaró en el contrato de seguro y que aparece en la carátula de la póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.

Equipo Médico del Prestador: El personal médico y asistencial apropiado que gestiona los Servicios de Asistencia por cuenta del Prestador a un Asegurado.

5.2 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.

5.3 ASISTENCIA EN VIAJE RELATIVA A LAS PERSONAS:

La asistencia relativa a las personas son las indicadas en este artículo y se harán efectivas de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

5.3.1 Repatriación o traslado médico en caso de accidente o enfermedad

En caso de que un Asegurado sufra Enfermedad o Accidente ocurridos después del inicio del viaje o durante el transcurso del mismo, y si el equipo médico del Prestador en coordinación con el médico que atiende al Asegurado, recomienden la hospitalización. El Prestador pagará los gastos de traslado del Asegurado, en el medio más adecuado (incluyéndose en caso de ser necesario por razones médicas, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) hasta un Centro Hospitalario más cercano y adecuado o hasta su domicilio habitual. El equipo médico del Prestador mantendrá permanente contacto con el centro hospitalario o médico que atienda al Asegurado para obtener las informaciones del caso y coordinar los servicios necesarios para su traslado.

5.3.2 Gastos por traslado y hospedaje de un familiar del Asegurado en el exterior

En caso de que la hospitalización del Asegurado a consecuencia de Accidente o Enfermedad ocurridos después del inicio del viaje o durante el transcurso del mismo y de que la hospitalización fuese superior a 5 (cinco) días y éste se encontrara sin un acompañante idóneo para atenderlo, vinculado por parentesco en primer grado de consanguinidad o sin su cónyuge, el Prestador pagará a un familiar designado por el Asegurado los siguientes gastos:

- a) El importe del viaje de ida y vuelta al lugar de hospitalización; y,
- b) Los gastos de hotel (alojamiento sin pensión y sin extras), hasta un límite diario de ciento cincuenta dólares estadounidenses (usd\$ 150), con el tope máximo de setecientos dólares estadounidenses (usd\$ 700).

5.3.3 Asistencia médica por accidente o enfermedad del asegurado en el extranjero

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado fuera de la República Mexicana, el Prestador sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y productos farmacéuticos prescritos por el proveedor médico designado por el Prestador.

El Prestador se hará cargo de los gastos por todos los conceptos correspondientes a esta prestación y por viaje, hasta un límite máximo por asegurado de cinco mil dólares estadounidenses (usd\$ 5,000).

5.3.4 Asistencia médica por accidente o enfermedad del Asegurado en la República Mexicana

En caso de enfermedad del Asegurado en la República Mexicana, el Prestador sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y productos farmacéuticos prescritos por el proveedor médico designado por el Prestador.

El Prestador se hará cargo de los gastos por todos los conceptos correspondientes a esta prestación y por viaje, hasta un límite máximo por Asegurado de seiscientos dólares estadounidenses (usd\$ 600). En caso de accidente, el límite máximo por asegurado será de cinco mil dólares estadounidenses (usd\$ 5,000).

5.3.5 Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero por convalecencia

El Prestador se hará cargo de los gastos de hotel (alojamiento sin pensión y sin extras) del asegurado, cuando por accidente o enfermedad y por prescripción del equipo médico del Prestador, necesite prolongar su estancia en el extranjero

para su asistencia médica. Dichos gastos tendrán un límite diario de cien dólares estadounidenses (usd\$100), con el tope máximo de setecientos dólares estadounidenses (usd\$ 700) por toda la estancia.

5.3.6 Repatriación del asegurado en caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Prestador efectuará los trámites necesarios para la repatriación del cadáver y asumirá los gastos de traslado para su inhumación en la República Mexicana.

5.3.7 Cuidado, transporte o repatriación de los asegurados acompañantes

Cuando por motivo de Accidente, fallecimiento o Enfermedad de uno de los Asegurados impida la continuación del viaje, el Prestador se hará cargo de los gastos por cuidado y de traslado de los Asegurados acompañantes si alguna de dichas personas fuera un hijo menor de doce (12) años del asegurado hospitalizado, trasladado o repatriado, siempre que no tuviera quien lo acompañase. A tal efecto, el Prestador proporcionará la persona adecuada para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o lugar de hospitalización.

El límite máximo de cuidado será de hasta cien dólares estadounidenses (usd\$ 100) por asegurado y hasta tres (3) días de cuidado, no estableciéndose límite para su viaje hasta el domicilio del Asegurado.

5.3.8 Gastos de medicamentos ambulatorios

Se cubrirán los gastos de medicamentos en ambulatorio, siempre que hayan sido prescritos por un médico a partir de una solicitud de asistencia, hasta los siguientes topes:

En la República Mexicana hasta un tope de trescientos dólares estadounidenses (usd\$ 300).

En el Extranjero hasta un tope de quinientos dólares estadounidenses (usd\$ 500).

5.3.9 Atención odontológica de urgencia en el extranjero

Se brindará el servicio odontológico de urgencia que requiera el Asegurado, limitado al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dental afectada, hasta un máximo de quinientos dólares estadounidenses (usd\$ 500).

5.3.10 Localización y envío de medicamentos fuera de La República Mexicana

El Prestador se encargará de la localización y, en su caso, del envío de los medicamentos indispensables, de uso habitual del Asegurado, siempre que no sea posible obtenerlos localmente o sustituirlos por otros equivalentes. Estarán a

cargo del Asegurado los importes correspondientes al precio del medicamento y los gastos, impuestos y derechos de aduana relativos a su obtención.

El Equipo Médico del Prestador determinará la equivalencia o no de un medicamento similar en el país donde se encuentra el Asegurado. En caso que la obtención del medicamento o su similar, requiera prescripción o receta emitida por un médico local, el Prestador organizará la consulta a tal efecto, quedando a cargo del Asegurado pagar el costo de la consulta misma.

5.3.11 Garantía de Regreso

La Empresa reembolsará eventuales mayores costos de pasajes por cambio de fecha de viaje de regreso, siempre y cuando sea a consecuencia de enfermedad o accidente cubiertos.

5.3.12 Traslados

El Prestador se hará cargo de los gastos de traslado previsto en el numeral 5.3.1, del presente artículo, siempre que no puedan efectuarse en el medio de transporte contratado para el viaje. El asegurado transportado cederá al Prestador el/los boletos de pasaje que no sea/n utilizado/s para su regreso.

5.4 EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS EN VIAJE

Quedan expresamente excluidos del Servicio de Asistencia en Viaje, los servicios, hechos y reintegros siguientes:

- 1. 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.**
- 2. 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.

3. 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.
4. 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.
5. El suicidio y las enfermedades o accidentes derivadas de: intento de suicidio y sus consecuencias; la acción criminal del asegurado, sea en forma directa o indirecta; la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica; y el SIDA.
6. 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.
7. La asistencia derivada de prácticas deportivas profesionales y deportes invernales practicados fuera de pistas reglamentarias.
8. 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 que la intervención sea a consecuencia de lesiones por accidente.

9. Gastos de alimentación, no previstos expresamente y cualquier otro gasto no autorizado en forma expresa por el Prestador.

6. Extensión de Cobertura en el Extranjero

(Su contratación es de manera opcional y debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

35

6.1 Alcance de la cobertura

En caso de contratar esta cobertura, Prevem Seguros pagará los gastos médicos descritos en la sección III Gastos Cubiertos de estas condiciones generales, en que incurra el asegurado en el extranjero a consecuencia de accidentes y enfermedades.

Prevem Seguros cubrirá el costo de los gastos médicos cubiertos hasta la suma asegurada, deducible y coaseguro contratados en la póliza; pagando la reclamación vía reembolso.

Los beneficios surtirán efecto para los asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de seis meses de iniciado el viaje; después de dicho periodo este beneficio quedará excluido de la póliza para el asegurado.

6.2 Exclusiones de Extensión de Cobertura en el Extranjero

Queda expresamente excluido de la Extensión de Cobertura en el Extranjero lo siguiente:

1. Servicio de enfermería fuera de hospital.
2. Tratamientos de rehabilitación o fisioterapia.
3. Cesárea, Parto, Embarazo ni sus complicaciones, cualquiera que sea la causa.
4. Toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semiprivado.

5. **Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados gastos por padecimientos congénitos.**
6. **Son aplicables las exclusiones mencionadas en la sección III Gastos Médicos Cubiertos y de la sección V Exclusiones Generales.**
7. **Los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de seis meses fuera de la República Mexicana.**

36

El asegurado podrá libremente elegir al o los proveedores médicos de su preferencia, ya sea dentro de los Proveedores Afiliados de pago directo de Prevem Seguros, o fuera de él a través del sistema de reembolso y de acuerdo a los límites de la tabla de procedimientos terapéuticos.

En caso que elija recibir atención por Proveedores no afiliados se aplicará el coaseguro para proveedores afiliados mencionado en la caratula de la póliza.

Aún cuando se adquiera esta cobertura, el asegurado deberá sujetarse a la Cláusula 24 "Notificación del Siniestro a Prevem Seguros" y Cláusula 40 "Tramites para la Reclamación".

V 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 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. Tratamientos contra el alcoholismo, otras toxicomanías y sus complicaciones**
- 9. 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**
- 10. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso y/o moldear el cuerpo y sus complicaciones**
- 11. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y el acné y sus complicaciones**
- 12. Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento o similares, y sus complicaciones, independientemente de la causa de la prescripción**
- 13. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones**
- 14. 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**
- 15. 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**

16. Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o procurar la procreación y sus complicaciones
17. Curas de reposo, exámenes médicos generales, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud, “check-ups”, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos
18. Tratamientos, terapias y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño, de la conducta o del aprendizaje y el síndrome de fatiga crónica
19. Medicamentos que no hayan sido aprobados por la Comisión Federal para Prevención de 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
20. Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas, micro bióticos, así como sus complicaciones
21. Cuidado podiátrico y sus complicaciones
22. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y similares
23. 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
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir trastornos de refracción ocular y sus complicaciones
25. La adquisición de anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos externos
26. 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”
27. Cámara Hiperbárica, excepto cuando sea Medicamento Necesaria, prescrita por el Médico tratante y previa valoración de un médico en convenio con Prevem
28. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza

29. Siniestros en el extranjero, salvo lo dispuesto en la Sección IV Coberturas Adicionales punto 1 “Emergencia Médica en el Extranjero”
30. 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
31. Adquisición de Complejos vitamínicos y complementos alimenticios
32. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares, nevus o acné
33. 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
34. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de Aborto voluntario
35. Crio-preservación
36. Medicina alternativa
37. Hipnotismo
38. Cualquier servicio médico prestado por familiares directos del Asegurado (padre, madre, cónyuge, concubino (a), hermano(a) o hijo (a)), ni el asegurado mismo
39. Tratamiento dental y de la mandíbula, salvo lo cubierto como consecuencia de un Accidente
40. 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”

VI GASTOS MEDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

A partir de la fecha de inicio de vigencia, rehabilitación o alta de cada Asegurado, según sea el caso, se cubrirán las siguientes enfermedades de acuerdo al período de espera que se indica a continuación.

Periodo de espera de cinco (5) años:

- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). No aplica reconocimiento de antigüedad.

40

Periodo de espera de tres (3) años:

- Preexistencia declarada: 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, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:
 - a) 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 Prevem Seguros, S.A. de C.V.
 - b) La Enfermedad o Padecimiento no esté expresamente excluido mediante un Endoso de exclusión.
 - c) 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.
 - d) Padecimientos excluidos expresamente en las condiciones generales del seguro en la sección V. Exclusiones Generales.
 - e) No aplica Reconocimiento de Antigüedad.

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 articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones

Periodo de espera de un (1) año:

- Litiasis en vías biliares
- Litiasis en vesícula biliar
- Litiasis en vías urinarias
- Enfermedades ácido-pépticas
- Padecimientos en glándulas mamarias (incluye cáncer de seno)
- Trastornos del aparato reproductor femenino
- Hernias de todo tipo (excepto las hernias de disco)

41

Periodo de espera de un (1) mes:

Todas las Enfermedades o padecimientos cubiertos presentados.

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

VII EL USO DE PROVEEDORES AFILIADOS Y SU EFECTO EN LOS SERVICIOS Y COBERTURAS DE LA POLIZA

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 directo con Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 Afiliados o atención médica con proveedores que no son Afiliados.

42

1. Servicios con Proveedores Afiliados y Pago Directo. Si el Asegurado se atiende con un proveedor bajo la presente modalidad y Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 Seguros y Trámites para la Reclamación de la Cláusula 24 y Cláusula 40 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 Afiliado, los beneficios serán pagados como si fuera un Proveedor Afiliado. Para conocer los Proveedores Afiliados del producto, favor de consultar el manual del asegurado, la página de internet de Prevem Seguros o a través del Centro de Atención Telefónica de Prevem Seguros.

2. Servicios con Proveedores que no son Proveedores Afiliados y Reembolso. Si el Asegurado no se atiende con un Proveedor Afiliado 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 Afiliados" y en lo especificado en la Cláusula 24 denominada Notificación del Siniestro a Prevem Seguros y Cláusula 40 denominada Trámites para la Reclamación. Los servicios por honorarios médicos se basarán en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecido por Prevem Seguros, S.A. de C.V. y sobre dicha base se aplicará el Coaseguro con Proveedores No Afiliados. En caso de gastos hospitalarios se aplicará el Coaseguro con Proveedores que no son Proveedores Afiliados. El asegurado será responsable por cualquier monto en exceso de los gastos cubiertos pagados por Prevem Seguros.

VIII CLAUSULAS GENERALES

Cláusula 1. Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Las obligaciones de Prevem Seguros quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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 Gasto 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 al 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 Afiliados del plan contratado, se pagan los gastos cubiertos al 100% una vez satisfechos el Deducible y el Coaseguro. Para gastos médicos incurridos con Proveedores no Afiliados 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 Afiliados al plan contratado”, una vez satisfecho el Deducible.

Para gastos médicos cubiertos incurridos sin Notificación previa a Prevem Seguros, ya sea en territorio nacional o extranjero, se pagan según lo establecido en la Cláusula 24 “Notificación del Siniestro a Prevem Seguros” y Cláusula 40 “Trámites para la Reclamación”.

Cláusula 3. Arbitraje Médico

En caso de que Prevem Seguros 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 Seguros 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 Seguros.

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 176, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

46

Cláusula 6 Cambio de Plan

En caso de que el Contratante desee realizar un cambio de plan, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, reconociendo la antigüedad de cada asegurado, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra, Prevem Seguros se reserva el derecho de autorizar o rechazar el cambio de plan, en los casos donde el contratante solicite cambios en beneficios o incrementos de suma asegurada.

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 Seguros, S.A. de C.V. a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

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

Cláusula 8. Continuidad del Seguro

Cualquier Asegurado que cause baja de la póliza, por alguna de las siguientes causas, 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 30 días naturales posteriores a que el Asegurado deje la cobertura de la póliza colectiva y siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión.

- a) Se separe de la colectividad asegurada y/o deje de prestar sus servicios para el contratante
- b) Siendo cónyuge o concubina (o) se separe legalmente del titular
- c) Siendo hijo contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de ser dependiente económico del titular
- d) Cualquier Asegurado Dependiente, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular

Cláusula 9. Contrato

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por escrito a Prevem Seguros 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 existencia del presente contrato de seguro. Prevem Seguros 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 10. 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 Seguros cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones anteriormente.

Cláusula 11. Deducciones

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

Cláusula 12. Edad

Límites de aceptación: la edad máxima de aceptación es a los 64 años, sin límite de edad para la renovación, siempre y cuando tenga cobertura continua e ininterrumpida con Prevem Seguros, S.A. de C.V.

Prevem Seguros, S.A. de C.V. se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, Prevem Seguros 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 Seguros, S.A. de C.V., 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 Seguros 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 Seguros, S.A. de C.V., 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 Seguros, S.A. de C.V. reintegrará la prima pagada no devengada correspondiente, conforme al Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 13. Endoso

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por Prevem Seguros, S.A. de C.V. se efectuará mediante la emisión del correspondiente endoso debidamente suscrito por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por Prevem Seguros 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 Seguros 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 14. Forma de Pago

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato.

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado. Conforme al Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la fracción pactada en el contrato. A las 12 horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de Prevem Seguros, S.A. de C.V. contra entrega de la factura correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan.

El pago de las fracciones posteriores a la primera, deberán 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).

En caso de Siniestro, Prevem Seguros podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado. Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstos a las 12 horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

Cláusula 15. Hospitales o Sanatorios de Beneficencia

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

Cláusula 16. Impuestos

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

Cláusula 17. Indemnización por Mora

Si Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Cláusula 18. Lugar de Pago

Las primas a cargo del asegurado deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de Prevem Seguros, contra entrega de la factura correspondiente ó 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.

50

En caso de efectuarse el pago de primas a través de tarjeta de crédito o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, folio, número de confirmación de transacción u otro que constate el cargo realizado, hará prueba del pago hasta que Prevem Seguros entregue la factura correspondiente.

En caso de que el pago se hubiese realizado sin referencia del número de póliza y recibo al que corresponde, el asegurado deberá notificarlo a Prevem Seguros dentro de los 15 días siguientes a la fecha del comprobante de pago; en caso contrario, Prevem Seguros no estará obligada al reconocimiento del pago ni emisión de la factura.

Cláusula 19. 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 Seguros, S.A. de C.V. el lugar de residencia de los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado Titular.

Cláusula 20. Modificaciones al Contrato y Rectificación de la Póliza

Los cambios o modificaciones al Contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y acordados por escrito entre el Contratante y Prevem Seguros, S.A. de C.V.

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 Seguros, 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 a 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 Seguros, por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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, el contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para Prevem Seguros, S.A. de C.V. prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el pago de prima por el equivalente que corresponda.

Cláusula 21. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del contratante de la póliza a Prevem Seguros, S.A. de C.V., 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 22. Movimiento de Asegurados. Altas de nuevos Asegurados

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Colectividad Asegurada, puede ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante la solicitud del contratante y aceptación de Prevem Seguros, S.A. de C.V., conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso quede facultada a pedir, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza”. (Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Es obligación del contratante avisar a Prevem Seguros sobre el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad, así como la baja de los ya integrados. Es obligación del contratante dar a conocer a los asegurados que integran la Colectividad Asegurada las condiciones del producto.

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 Seguros 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 Seguros se reserva el derecho de aceptar a cualquier persona solicitante, en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de alta respectiva.

Cláusula 23. Movimiento de Asegurados. Bajas de Asegurados

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

- a) Se separe de la colectividad asegurada y/o deje de prestar sus servicios para el contratante.
- b) Siendo cónyuge o concubina (o) se separe legalmente del titular
- c) Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 25 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 Seguros, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde la fecha del fallecimiento o desde la fecha de dicha comunicación, como corresponde.

“Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente”. (Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Prevem Seguros, S.A. de C.V. a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a Prevem Seguros 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 baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, Prevem Seguros, S.A. de C.V. devolverá al Contratante la prima pagada no devengada previa disminución del costo de adquisición, sin incluir derechos de póliza, correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún siniestro para el mismo.

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

Cláusula 24. Notificación del Siniestro a Prevem Seguros, S.A. de C.V.

El Asegurado deberá notificar a Prevem Seguros, S.A. de C.V., 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 Seguros, S.A. de C.V., 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 Seguros.

La notificación descrita en esta sección permite a Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 Seguros, S.A. de C.V. aplicará un coaseguro del cincuenta por ciento (50%) 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 Afiliado.

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

Esta cláusula exceptúa Maternidad.

Cláusula 25. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 Seguros, S.A. de C.V. deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

Cláusula 26. 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 27. Pago de las Reclamaciones

Tan pronto Prevem Seguros, S.A. de C.V. disponga de toda la información, documentos y soportes técnicos completos, relacionados y solicitados de una reclamación, adicional a que haya sido determinada procedente, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales se 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 Seguros y será recibido por el Asegurado Titular o sus causahabientes o un representante legal, según sea el caso, entregándole Prevem Seguros el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Por otra parte, si posterior al pago de una reclamación Prevem Seguros, S.A. de C.V. llegara a comprobar que la misma era improcedente, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, cláusulas y sus endosos, Prevem Seguros 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 28. 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 dicho 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 29. 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 Seguros, S.A. de C.V. 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 Previm Seguros.

Cláusula 30. Primas

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

En cada renovación, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y género de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

El Contratante se obliga a pagar a Previm Seguros, S.A. de C.V. 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 Previm Seguros.

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 periodo que comprenda el recibo correspondiente, en caso contrario los efectos del Contrato cesarán automáticamente (Artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de efectuarse el pago de primas a través de tarjeta de crédito o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, folio, número de confirmación de transacción u otro que constate el cargo realizado, hará prueba del pago hasta que Prevem Seguros entregue la factura correspondiente.

En caso de que el pago se hubiese realizado sin referencia del número de póliza y recibo al que corresponde, el asegurado deberá notificarlo a Prevem Seguros dentro de los 15 días siguientes a la fecha del comprobante de pago; en caso contrario, Prevem Seguros no estará obligada al reconocimiento del pago ni emisión de la factura.

Cláusula 31. 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” ó ciertas Enfermedades Cubiertas especificadas en un Endoso.

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

Cláusula 32. 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 Seguros 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 Seguros.
- b) Presentar los requisitos de asegurabilidad determinados por Prevem Seguros para la evaluación de su estado de salud.

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

Prevem Seguros, 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 Seguros emitió la respectiva autorización.

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

Cláusula 33. Renovación

Este Contrato se considerará renovado automáticamente por períodos de un año, con la salvedad de que Prevem Seguros 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 Seguros 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 el deducible y tope de coaseguro de acuerdo con la inflación médica anual presentada por el gobierno federal a través de las dependencias autorizadas para la elaboración del índice nacional de precios al consumidor.

Prevem Seguros 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 que:

- a) Siendo cónyuge o concubina (o), se separe legalmente del titular
- b) Siendo hijo, contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular
- c) Siendo Asegurados, ya sea titulares o dependientes, no estén autorizados por el Contratante

El incremento de prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

Cláusula 34. Rescisión del Contrato

En caso de que el Contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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.

60

Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 35 Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a PREVEM SEGUROS, S.A. DE C.V., 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 SEGUROS 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 36. Subrogación de Derechos

En caso de siniestro, Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 Seguros, S.A. de C.V. para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 Seguros, S.A. de C.V. quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 37. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad anual que pagará Prevem Seguros 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 la misma.

Cláusula 38. Terminación anticipada del Contrato

El contratante podrá solicitar la cancelación mediante la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de Prevem Seguros, por el mismo medio por el cual se contrató el seguro o bien por cualquier medio acordado entre el contratante y Prevem. Prevem verificará la autenticidad de la identidad de quien formule la petición de cancelación mediante documento o medio acordado para tal fin. Posterior a ello Prevem proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio para cualquier aclaración o duda posterior.

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. Prevem Seguros devolverá al asegurado la prima pagada y no devengada dentro de los siguientes 20 (veinte) días contados a partir de la fecha de recepción del aviso por escrito de la voluntad de terminación anticipada del contrato. 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 39. 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. También podrá extenderse en territorio extranjero para aquellas pólizas que cuenten con Extensión de Cobertura en el Extranjero. La estancia máxima del asegurado en el extranjero para la atención médica es de hasta 180 días.

62

Cláusula 40. 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 Afiliados de Pago Directo de Prevem Seguros, o con los Proveedores No Afiliados, a través del sistema de reembolso.

En el caso de que el Asegurado libremente elija ser atendido por los Proveedores Afiliados 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 Seguros, S.A. de C.V. de acuerdo con el manual del asegurado. Una vez obtenida la autorización correspondiente, Prevem Seguros efectuará el pago de los gastos médicos cubiertos por la póliza a los Proveedores Afiliados del plan contratado, quedando a cargo del Asegurado, los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

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

Durante el periodo de gracia de 30 días para el pago del primer 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 Seguros, S.A. de C.V., 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 Afiliados del plan contratado.

- b) Cuando no se pudo establecer con oportunidad contacto con Prevem Seguros, S.A. de C.V. y no se llevo a cabo la Notificación mencionada en esta cláusula por parte del Asegurado o por alguien actuando en su nombre.
 - c) Cuando por la situación ó naturaleza de la Enfermedad ó Accidente motivo de Hospitalización, no se hubiera autorizado el Pago Directo.
 - 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 los formatos de reclamación indicados en el manual del Asegurado que para tal efecto, le serán suministrados por Prevem Seguros, S.A. de C.V.

En caso de Reembolso, por condiciones imputables al Asegurado o bien por que el tratamiento haya sido ambulatorio y no requirió hospitalización, Prevem Seguros, S.A. de C.V. aplicará el “Coaseguro con Proveedores No Afiliados” 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 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 al plan y zona geográfica contratada.

Esta condición queda sin efecto en caso de Accidente Cubierto ó Emergencia Médica ó 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 41. 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 42. Cambio de contratante

De conformidad con lo indicado en el artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, Prevem Seguros podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

Prevem Seguros reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Cláusula 43. Requerimiento de información

De conformidad con lo indicado en el artículo 23 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en aquellos casos en donde Prevem Seguros y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo

por éste último, Prevem Seguros tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 55917 82626, 55917 82662 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, Alcaldía 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 55534 00909.

Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de octubre de 2019, con el número CNSF-S0112-0480-2019/CONDUSEF-001980-03.

www.prevemseguros.mx

Tecoyotitla 412, Edificio Arenal Piso 3,
Colonia Ex Hacienda de Guadalupe
Chimalistac, Ciudad de México.
Álvaro Obregón C.P. 01050
Tel 55917 82600
800 2 77 3836

