



Médica Esencial

Gastos Médicos Mayores Nacional

Condiciones Generales

INDICE

I	DEFINICIONES	4
II	OBJETO DEL SEGURO	15
III	GASTOS MEDICOS CUBIERTOS	15
IV	COBERTURAS ADICIONALES	23
V	EXCLUSIONES GENERALES	32
VI	GASTOS MEDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	36
VII	EL USO DE PROVEEDORES AFILIADOS Y SU EFECTO EN LOS SERVICIOS Y COBERTURAS DE LA PÓLIZA	38
VIII	CLAUSULAS GENERALES	39

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 22 de abril de 2024, con el número CNSF-S0112- 0157-2024/ CONDUSEF-006394-01.

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 gestación (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos).

Accidente Cubierto

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

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

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

Accidente No Cubierto

- a) **Aquellas lesiones que se manifiesten después de los 90 días siguientes a la fecha del accidente; en cuyo caso serán considerados como enfermedad, siempre y cuando estén cubiertos por el presente Contrato.**
- b) **Cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Asegurados Dependientes.**
- c) **Los Accidentes expresamente excluidos en la póliza.**

Año-Contrato

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

Anestesiólogo

Médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

Asegurado

Persona que 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 hasta los sesenta y nueve (69) años y diez (10) meses 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, ejerce los derechos de los Asegurados ante Previm Seguros, S.A. de C.V., y quien podrá ser el contratante de la póliza. 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 en la solicitud y podrá autorizar a una persona a cobrar saldos pendientes a su favor derivados de gastos amparados por la póliza en caso de fallecimiento.

b) Asegurado Dependiente. Cónyuge o concubina(o) hasta los sesenta y nueve (69) años y diez (10) meses, e hijos solteros del Asegurado Titular hasta treinta (30) 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.

Así mismo un hijo soltero mayor de treinta (30) 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 cumpla treinta (30) 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.

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

Cirugía Programada

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

Coaseguro

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

COFEPRIS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Contratante

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

Contrato

Este contrato de seguro está constituido por:

La póliza; la carátula de la póliza, que es el documento en que se identifica al Contratante, al Asegurado Titular y, en su caso, a sus Asegurados Dependientes, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados; estas Condiciones Generales; la Solicitud que el Contratante, Asegurado Titular o asegurado 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 condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato; las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro y en el cuestionario médico; 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.; el Manual del Asegurado que es

el documento que contiene información útil para el asegurado como números de contacto, descripción de los procesos de trámites de siniestros, e información de proveedores y servicios; 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.

Culpa Grave

Es la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión.

Deducible

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

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

Aplicación de Deducible para personas a partir de 65 años:

Cuando se trate de un asegurado con 65 años o más cumplidos al inicio de vigencia de la póliza, el deducible mínimo a contratar será la cantidad de \$35,000.00 (treinta y cinco mil pesos 00/100 M.N.), hasta el tope de edad asegurable según 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 Prevem 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.

Domiciliación Bancaria

Autorización otorgada por el contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

Electivo

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

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

Emergencia Médica o Urgencia Real

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

Emergencia Médica en el Extranjero

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

Endoso

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

Enfermedad

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

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

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

Enfermedad o Padecimiento Cubierto

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

Enfermedad, Malformación o Defecto Físico Congénito

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

Enfermedades Preexistentes

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

Se consideran enfermedades preexistentes aquellas:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente o documento médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Prevem Seguros, S.A. de C.V. cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya recibido atención médica privada o del Sistema de Salud Mexicano para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya presentado signos y/o síntomas no declarados comprobables 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.

Estabilización Médica

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

Exclusiones

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

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

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

FDA

U.S. Food and Drug Administration.

Franja Fronteriza

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

Gasto Médico Cubierto

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

Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (GURA)

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

Hospital, Clínica o Sanatorio

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

Hospitalización

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

Implantación

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

Lugar de Residencia

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

Medicamento

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

Medicamento Necesario

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

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

Médico

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión y/o especialidad de médico, designada para proporcionar atención médica al Asegurado Titular o a alguno de sus Asegurados Dependientes, teniéndolos bajo su cargo y atención directa.

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

Médico Ayudante

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

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

Médico Especialista

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

Médico Tratante

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, que proporciona de manera principal y directa la atención médica al Asegurado y puede tratarse con alguno de los que tengan un contrato o convenio celebrado con Prevem 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.

Padecimiento

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

Padecimiento preexistente

Se considerará preexistente, cualquier padecimiento:

- a) Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, y/o:

- c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Por el que previamente a la fecha de la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico del padecimiento de que se trate.

Pago Directo

Servicio mediante el cual Prevem 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.

Parto Normal. (Eutócico, natural o vaginal).

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

Parto Prematuro

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

Periodo al descubierto

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

Periodo de espera

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

Politraumatismo

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

Práctica o actividad profesional de deporte

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

Prevem 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 seguro a cargo del Contratante y a favor de Prevem Seguros, S.A. de C.V.

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 Ortesis y Aparatos Ortopédicos

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

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 con 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 elija libremente 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.

Quiropráctico

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

Recién Nacido

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

Reconocimiento de Antigüedad

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

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

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

Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante Prevem Seguros, presentando la información que le es requerida en el Manual del Asegurado, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una Enfermedad o Accidente o Embarazo cubierto. Prevem Seguros definirá si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la póliza.

Reembolso

Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza, de acuerdo con las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes. Se deducirá de los montos presentados a Prevem 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 especializada la cual a solicitud de Prevem Seguros el (la) asegurado (a) y sus dependientes, deberán corroborar el diagnóstico y/o procedimiento inicial del padecimiento a tratar, a través de médicos especialistas designados por Prevem Seguros, los cuales no participarán de ninguna manera en la atención médica.

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

SIDA

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

Signos

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

Siniestro

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

Síntoma

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

VIH

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

VITAL

Se refiere a lo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para que una persona siga viva.

II OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es que Prevem Seguros, S.A. de C.V. pague los Gastos Médicos Cubiertos en que haya incurrido, en territorio nacional y en el extranjero en caso de Emergencia Médica, el Asegurado 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, S.A. de C.V. pagará los Gastos Médicos Cubiertos en relación con los siguientes servicios, suministros y tratamientos médicos hasta por el monto de la Suma Asegurada indicada para cada cobertura o beneficio en la carátula de la póliza y endosos, según sea el caso.

Los gastos médicos cubiertos son:

1. Hospitalización

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

2. Honorarios Médicos a) Honorarios médicos

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

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.

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

3. Medicamentos

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

Para el reembolso de cualquier medicamento se deberá presentar la documentación solicitada por Preven Seguros de acuerdo con lo indicado en el Manual del Asegurado.

Quedan excluidos los medicamentos que no fueron prescritos por el médico tratante.

4. Servicios auxiliares de diagnóstico

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

5. Renta de Equipo Médico

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

6. Terapia y rehabilitación

- a) Terapia radioactiva y quimioterapia, fisioterapia que sean Medicamento Necesarios para el diagnóstico o tratamiento de Accidente o Enfermedad Cubierta por esta póliza, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.
- b) Hidroterapia e Inhaloterapia siempre que sean Medicamento Necesarios para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad Cubierta y que sean prescritos por el médico tratante.

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

7. Servicio de ambulancia

- a) **Servicio de ambulancia de traslado terrestre** dentro del territorio nacional por cualquier emergencia médica cubierta. Se cubren traslados no urgentes del domicilio al centro de atención y traslados del hospital al domicilio sólo si son médicamente necesarios previa autorización por escrito de Prevem Seguros.
- 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 y endosos, por Año-Contrato para cada Asegurado, aplicando invariablemente un coaseguro del 10% sin límite, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

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

8. Maternidad

Gastos por maternidad limitado a **Parto** u operación **Cesárea** hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la póliza y endosos por Asegurado por Año-Contrato. En ambos casos, aplica un periodo de espera de 13 (trece) meses ininterrumpidos con Prevem Seguros y no aplica Deducible ni Coaseguro. Serán elegibles para esta cobertura aquellas mujeres Titulares, Cónyuge o Concubina entre los 18 y 44 años de edad, que sean Aseguradas bajo este Contrato y que cumplan con el periodo de espera establecido para esta cobertura.

Esta cobertura opera exclusivamente cuando el deducible contratado de la cobertura básica sea menor al límite estipulado en la carátula de la póliza y/o endosos por Asegurado por Año-Contrato.

Para las aseguradas titulares, en caso de embarazo múltiple, se pagará hasta el doble de la Suma Asegurada de esta cobertura.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA MATERNIDAD

- 1 **Afecciones propias del embarazo y del parto (por ejemplo, sangrados por vía vaginal, reposos prescritos por el médico durante el período de gestación, Hiperémesis Gravídica o la sintomatología propia y tradicional del embarazo), abortos y toda complicación del embarazo, parto o puerperio que no se encuentren entre las cubiertas por esta Póliza.**

2 Todos los gastos de un embarazo a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, 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 de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y después de transcurridos 13 meses de cobertura ininterrumpida con Previm Seguros.

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- Mola hidatiforme (embarazo molar).
- Placenta previa.
- Placenta marginal.
- 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.
- Terminación del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida.
- Síndrome de Hellp.

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

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

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

- Los gastos de cunero.
- Consultas pediátricas e incubadora.
- Los gastos relacionados con un parto prematuro.
- Los gastos incurridos mientras 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 esposa o concubina cuyo parto o cesárea haya sido cubierto por este Contrato, inscritos en éste dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento y no aplique una causa de exclusión.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS

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

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

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

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

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

12. Gastos por accidente

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

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

13. Cirugías reconstructivas, no estéticas

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

14. Estrabismo

Tratamiento médico o quirúrgico para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada tenga trece (13) meses de cobertura continua con Prevem 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 o Accidente Cubierto, se cubren hasta la Suma Asegurada, Deducible, estipulado en la Carátula de la Póliza y endosos, para esta cobertura aplicará un coaseguro del 10% con el límite estipulado en carátula de póliza, siempre y cuando el Asegurado tenga al menos dos (2) años de cobertura ininterrumpida en la póliza con Prevem Seguros.

Los Padecimientos de nariz y/o senos para nasales que se reporten a consecuencia de un Accidente Cubierto, no están sujetos al Periodo de Espera señalado en el párrafo anterior, siempre y cuando se informe dentro de los primeros treinta (30) días de ocurrido el suceso a Prevem Seguros, S.A. de C.V., 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 y órtesis

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

17. Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH)

Gastos Médicos a consecuencia de tratamientos médicos indicados para el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la póliza y endosos para esta cobertura, con periodo de espera de cinco (5) años continuos e ininterrumpidos con Prevem 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**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 este vigente, y durante el cual:

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

Condiciones Específicas para Trasplantes

Se cubre el trasplante de órganos, de acuerdo con las siguientes condiciones específicas, hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza y endosos por Asegurado por Año-Contrato.

Todos los servicios de trasplantes, incluyendo los médicos, los procedimientos, y las entidades donde se efectúan los trasplantes, requerirán aviso y la autorización previa y por escrito de Prevem 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 Medicamento Necesario.

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

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

Se pagarán beneficios hasta dos (2) trasplantes de por vida para cada Asegurado, un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un sólo trasplante. Los beneficios por un procedimiento de retrasplante (un segundo trasplante que se efectúa a continuación de un trasplante inicial que fracasó), será pagado solamente si Prevem Seguros considera que es Medicamento 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:

- 1. En relación con los procedimientos de trasplantes no se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía, o artículo:**
- 2. Que no haya sido aprobado previamente por escrito por Prevem Seguros, S.A. de C.V., 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.**
- 3. Proporcionado por o en relación con una condición preexistente, o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.**
- 4. Cuando esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o Enfermedad del Asegurado.**
- 5. Proporcionado por, o como resultado de un trasplante en el cual se provee al receptor con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos.**
- 6. Proporcionado por, o en relación con un segundo procedimiento de trasplante que se lleve a cabo después de haberse realizado un primer trasplante efectuado con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura y el cual ha fracasado.**

19. Segundas Valoraciones médicas

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

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

El costo correrá a cargo de Prevem Seguros siendo el dictamen de ésta última el que prevalecerá sobre cualquier otro.

IV COBERTURAS ADICIONALES

1. Emergencia Médica en el Extranjero

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

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 publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, para esa moneda y considerando como fecha aquélla en que se haya erogado el gasto.

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

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

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

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

2. Indemnización Diaria por Hospitalización

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

En caso de la hospitalización en Territorio Nacional del Asegurado a causa de un Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, Prevem 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 o Enfermedad cubiertos, 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.

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

3. Ayuda para Gastos de Sepelio por Accidente o Enfermedad

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

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

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

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

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

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

4. Continuidad Familiar

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

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

Son aplicables las condiciones y exclusiones de la cobertura básica.

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

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

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

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

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

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

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

4.1 Definición de Invalidez Total y Permanente.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por Invalidez Total y Permanente cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos, el Asegurado quede imposibilitado permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro que sea compatible con sus conocimientos, aptitudes, facultades y posición social, del cual pueda recibir alguna remuneración, siempre y cuando el estado de invalidez haya sido continuo durante un periodo no menor a 6 meses.

El estado de invalidez deberá ser dictaminado por el I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E. o, en caso de no contar con estos, un médico especialista certificado en medicina del trabajo.

Prevem Seguros tendrá el derecho a solicitar al asegurado a que se realice exámenes y demás pruebas que se consideren necesarias para corroborar el dictamen de Invalidez Total y Permanente.

4.2 Exclusiones adicionales a las de la cobertura básica:

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

5. Cero Deducible por Accidente

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

En caso de un accidente cubierto, Prevem Seguros exentará al asegurado del pago del deducible contratado, siempre y cuando el primer tratamiento médico o quirúrgico se realicen durante los siguientes 10 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el accidente y el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$5,000 (cinco mil pesos).

Aplica el coaseguro y tope de coaseguro de la póliza.

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

- Para el Asegurado Titular y su Cónyuge, las edades de aceptación serán a partir de los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cinco (65) años, con cancelación a los sesenta y seis (66) años cumplidos al momento de la renovación de la póliza.

- Para los Hijos dependientes, las edades de aceptación serán a partir de los cero (0) años hasta los treinta (30) años, con cancelación a los treinta y un (31) años cumplidos al momento de la renovación.

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

Exclusiones adicionales a las de la cobertura básica:

- a) Cualquier gasto derivado de Enfermedad o cualquier otra condición médica que se presente.**
- b) Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados a consecuencia de Accidentes efectuados con posterioridad a los 10 días naturales señalados en la descripción de esta cobertura.**

6. Cobertura Dental Prevem

Esta cobertura y sus servicios serán otorgados por Prevem Seguros, a través de la Compañía denominada Dentegra Seguros Dentales, S.A. que aparece en relación anexa a la póliza y con la cual Prevem Seguros ha celebrado un contrato de prestación de servicios.

6.1 Tratamientos Dentales bajo Dental Prevem

Los servicios que se incluyen en estas asistencias son los gastos dentales del asegurado a consecuencia de las siguientes enfermedades: caries, infecciones e inflamaciones bucales, gingivitis, falta de función por enfermedad y fractura de dientes; siempre y cuando el tratamiento esté cubierto por la póliza.

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 Activa de Prevem Seguros, acompañada de una identificación oficial con fotografía.
- Las exclusiones y limitaciones de los servicios.

Los servicios tienen un límite anual de ciento veinte mil pesos M.N. (\$120,000.00 M.N.) y un copago a cargo del asegurado del veinte por ciento (20%) sobre el costo total de sus gastos de tratamientos cubiertos.

6.2 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.

7 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 6 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..

8 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.

8.1 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 declaro 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.

8.2 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.

8.3 ASISTENCIA EN VIAJE RELATIVA A LAS PERSONAS:

Las asistencias relativas a las personas son las indicadas en este artículo y se harán efectivas de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

8.3.1 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 recomienda 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.

8.3.2 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).

8.3.3 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).

8.3.4 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).

8.3.5 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.

8.3.6 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.

8.3.7 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).

8.3.8 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).

8.3.9 Traslados

El Prestador se hará cargo de los gastos de traslado previsto en el numeral 8.3.1 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.

8.4 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 de 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.

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 Médicamente 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 y/o estudios diferenciales para la comprobación del estado de salud, medicamentos y tratamientos de carácter preventivo, “check-ups”, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos.**
18. **Tratamientos, terapias y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño y/o enfermedades obstructivas del sueño, de la conducta o del aprendizaje y el síndrome de fatiga crónica.**
19. **Medicamentos que no hayan sido aprobados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o su similar en cualquier otra parte del mundo, en el lugar en que se hubieran prescrito o brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.**
20. **Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas, micro bióticos, así como sus complicaciones.**
21. **Cuidado podiátrico y sus complicaciones, para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo, pero no limitado a, callos, callosidades, verrugas plantares, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.**

22. **Compra o renta de zapatos ortopédicos, órtesis 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 Médicas 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. **Medicamentos de tipo Complejos vitamínicos y complementos alimenticios.**
32. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares, nevus, acné o vitiligo.**
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, alveolar y gingival, 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".**
- 41. Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza.**
- 42. Las propias mencionadas en la descripción de coberturas.**
- 43. Cualquier gasto derivado de un accidente o enfermedad en el que se haya requerido una segunda valoración médica y ésta no se realice.**
- 44. Servicios de cuidadoras.**
- 45. Terapias de Lenguaje.**

VI GASTOS MEDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

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

- Periodo de espera de cinco (5) años:

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). No aplica reconocimiento de antigüedad. Se cubrirá siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico y/o gastos ocurran después del periodo de espera estipulado.

- Periodo de espera de dos (2) años:

- Hemorroides.
- Venas varicosas.
- Padecimientos en amígdalas y adenoides.
- Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla (excepto las fracturas óseas en esta región, las cuales se consideran como accidente).
- Tratamientos de nariz y senos paranasales por enfermedad.
- Hernias y eventraciones de disco.
- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis y sus complicaciones.
- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir degeneraciones y/o deformidades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones.
- Artrosis de cualquier articulación.
- Enfermedades de la próstata.
- Padecimientos en glándulas mamarias (incluye cáncer de seno).
- Enfermedades del aparato reproductor femenino.
- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre que no contravenga lo previsto en las exclusiones de Condiciones Generales y o endosos específicos de la Póliza.

- Periodo de espera de un (1) año:

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

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

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

- 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 Preverm 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.

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

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

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

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

Esta Póliza ofrece dos niveles de servicios, dependiendo si el Asegurado es atendido o no por los médicos que tienen convenio o contrato de pago con Prevem 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.

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 28 y Cláusula 44 de estas Condiciones Generales. El Asegurado sólo será responsable por el Deducible, Coaseguro y gastos no cubiertos por la póliza. En caso de Emergencia Médica o Urgencia Real, si el Médico u Hospital que le atiende al Asegurado no es un Proveedor Afiliado, los beneficios serán pagados como si fuera un Proveedor Afiliado. Para conocer los Proveedores Afiliados del producto Médica Activa, 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 28 denominada Notificación del Siniestro a Prevem Seguros y Cláusula 44 denominada Trámites para la Reclamación. Los servicios por honorarios médicos se basarán en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecido por Prevem 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 Gastos Usual, Razonable y Acostumbrado).
- 3) A la cantidad resultante se le descontará, primero el deducible y después la cantidad por concepto de coaseguro, de acuerdo 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 28 "Notificación del Siniestro a Prevem Seguros" y Cláusula 44 "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 151, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Cláusula 6. Cambio de Plan

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de plan, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, reconociendo su antigüedad, 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 asegurado 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 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. Concurrencia.

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

Cláusula 9. Continuidad del Seguro

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

Cláusula 10. Contratación por medios electrónicos

Prevem Seguros, de conformidad con el Artículo 1803 del Código Civil Federal, podrá poner a disposición del Contratante medios electrónicos para la contratación de este Seguro y para la solicitud de un duplicado de la Póliza, entendiéndose que la oferta se realiza entre presentes, por vía telefónica o a través de cualquier otro medio electrónico, sin fijación de plazo para aceptarla. Entre los medios electrónicos que Prevem Seguros, y el Contratante reconocen se encuentra la vía telefónica y la grabación que se realice de la llamada realizada con tal fin, así como por internet (en adelante los “Medios Electrónicos”). Al acordar la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, Prevem Seguros, proporcionará al Contratante, al momento de la contratación, la siguiente información: a. El número de Póliza y/o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración; b.

El nombre comercial del Seguro o los datos de identificación del mismo; c. Dirección de la página electrónica en Internet en donde el Contratante y los Asegurados puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos; d. Los datos de contacto de Prevem Seguros, S.A. de C.V. para la atención de dudas, Siniestros o quejas; e. La información y datos de contacto para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente; f. Los datos de la Unidad Especializada de Prevem Seguros y g. La forma en que se proporcionará la Póliza o certificado individual y las presentes condiciones generales en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la contratación, en el entendido de que si el último día para la entrega es inhábil, se deberá entregar a más tardar al día hábil siguiente

Los medios y las claves de identificación, como se define a continuación, serán validados tanto por Prevem Seguros como por el posible Contratante durante la contratación del Seguro. Por claves de identificación (las “Claves de Identificación”) se entiende aquellos datos personales del posible Contratante y/o Asegurados que los identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono(s) de contacto, entre otros. En caso de que se realice la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, se deberán cumplir con los requisitos y proporcionar los medios de autenticación requeridos conforme a las disposiciones aplicables, incluyendo sin limitar contraseñas o claves de acceso y al finalizar la operación, se generará como medio de confirmación un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los Medios Electrónicos, debiéndose notificar la operación realizada. Dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante material de la operación realizada tendrá todos los efectos que las leyes atribuyen a los mismos. El Contratante y, en su caso, los Asegurados, reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de las Claves de Identificación que, en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

La utilización de los Medios Electrónicos implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso Prevem Seguros, y/o el Contratante y/o los Asegurados llegaren a hacer uso de los Medios Electrónicos, en este acto reconocen y aceptan que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos Medios Electrónicos, así como su contenido,

producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

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

Cláusula 11. 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 la 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 12. Cooperación de los Asegurados

El Asegurado deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuese posible adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias que motivaron la atención médica o intervención quirúrgica. Asimismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar a Prevem Seguros cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones anteriormente.

Cláusula 13. Cuidados con fines paliativos

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

Cláusula 14. Deducciones

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

Cláusula 15. Edad

Límites de aceptación: la edad máxima de aceptación es a los 69 años 10 meses, sin límite de edad para la renovación, siempre y cuando tenga cobertura continua e ininterrumpida con Prevem 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.

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

Cláusula 16. Endoso

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por Prevem Seguros, S.A. de C.V. se efectuará mediante la emisión del correspondiente endoso debidamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y suscrito por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por Prevem 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 17. Exámenes Médicos

Prevem Seguros, S.A. de C.V. podrá exigir a quienes aspiren a ser Asegurados bajo el presente Contrato que se sometan a una evaluación médica y/o estudios de laboratorio o gabinete que serán practicados por profesionales

señalados por Prevem Seguros. Así mismo, el Asegurado o Asegurados Dependientes deberán suministrar todas las informaciones requeridas por Prevem Seguros, S.A. de C.V. sobre su estado de salud, antes de la celebración del Contrato y autorizarán a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica.

Cláusula 18. 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 19. Hospitales o Sanatorios de Beneficencia

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

Cláusula 20. Impuestos

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

Cláusula 21. 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 22. 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 o bien con el único fin de otorgarle al Contratante mayores opciones, podrá cubrir el pago de la prima correspondiente a través de los distintos medios que Prevem ponga a su disposición, entregando los comprobantes correspondientes.

Cláusula 23. Lugar de Residencia

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

Se deberá notificar por escrito a Prevem 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.

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

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

Cláusula 24. 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 25. 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 26. Movimiento de Asegurados. Altas de nuevos Asegurados Dependientes

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

Si el cónyuge del Asegurado Titular es considerado como Asegurado Dependiente de éste, los hijos del matrimonio nacidos durante de la vigencia de la póliza estarán incluidos desde la fecha de su nacimiento sin requisitos de salud, siempre que sea presentada la solicitud de alta por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. En caso contrario, Prevem 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 al cónyuge o a cualquier dependiente del Asegurado Titular, en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de alta respectiva.

Cláusula 27. Movimiento de Asegurados. Bajas de Asegurados

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

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

El Contratante se obliga a comunicar por escrito la baja del Asegurado en forma inmediata a Prevem 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.

En cualquier caso, los Asegurados que causaron baja, podrán contratar otra póliza a su nombre, en el mismo plan, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Prevem 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 28. 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 treinta por ciento (30%) sobre los gastos cubiertos, después de la aplicación del Deducible y sin que aplique el límite de Coaseguro, aún en casos en que el Asegurado sea atendido por un Proveedor 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 29. 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 30. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

Quedarán extinguidas las obligaciones de la compañía si se demuestra que el asegurado, beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulen o declaren inexactamente, hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del siniestro a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 31. Pago de las Reclamaciones

Tan pronto Prevem Seguros, S.A. de C.V. disponga de la información completa relacionada y solicitada de una reclamación, procederá al pago de los Gastos Médicos Cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales, cláusulas y endosos que conforman este Contrato y en moneda nacional mediante la emisión de cheque o transferencia bancaria electrónica a favor del Asegurado Titular o de sus causahabientes en caso de fallecimiento. El pago deberá ser autorizado por un representante de Prevem 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 32. Periodo de Gracia para el Pago de la Prima

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

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

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

Cláusula 33. Prescripción

Los gastos médicos cubiertos incurridos y pagados por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, que sean presentados por el Asegurado a Prevem 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 Prevem Seguros.

Cláusula 34. 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 Prevem 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 Prevem 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 período que comprenda el recibo correspondiente, en caso contrario los efectos del Contrato cesarán automáticamente (Artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 35. Reconocimiento de Antigüedad

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

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

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

Cláusula 36. Rehabilitación

Cuando la póliza cese en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días naturales siguientes al vencimiento del periodo de gracia y en su caso, Prevem 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 37. Renovación Automática

Este Contrato se considerará renovado automáticamente por periodos 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 Dependiente que:

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

En caso de que el asegurado cambie de Residencia u Ocupación la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Prevem Seguros, S.A. de C.V.

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

Cláusula 38. Rescisión del Contrato

En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, Prevem 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.

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 39. 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 40. 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 41. 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 42. Terminación anticipada del Contrato

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

También, serán causas de terminación del contrato:

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

Cláusula 43. Territorialidad

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

Cláusula 44. Trámites para la Reclamación Servicio de Pago Directo

El asegurado podrá libremente elegir al o los proveedores médicos de su preferencia, ya sea con los Proveedores 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 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 llevó a cabo la Notificación mencionada en esta cláusula por parte del Asegurado o por alguien actuando en su nombre.
- c) Cuando por la situación o naturaleza de la Enfermedad o 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 la documentación solicitada por Prevem Seguros para presentar la 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 de que el Asegurado se atienda con hospitales y/o médicos de una zona geográfica superior a la contratada, la cual está indicada en la carátula de la póliza y/o sus anexos, se aplicará el coaseguro contratado más 20 puntos porcentuales sin límite del mismo y los gastos médicos cubiertos serán pagados de acuerdo al plan y zona geográfica contratada.

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

Cláusula 45. Vigencia

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

UNE PREVEM (Unidad Especializada de Atención a Usuarios)

Con gusto atenderemos las aclaraciones o reclamaciones presentadas ante nuestra Institución y cuya respuesta no ha cubierto sus expectativas, en los teléfonos 9178 2626, 9178 2662 y del interior al 01 800 277 3836 o en caso de preferirlo mediante correo electrónico: atnquejas@prevemseguros.com.mx, o acudir directamente en nuestro domicilio ubicado en la calle de Tecoyotitla, Número 412, Edif. Arenal, Piso 3, Col. Ex Hacienda Guadalupe Chimalistac, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, México, Ciudad de México, C.P. 01050.

Horario de atención telefónica:

- i) Oficina Central de las 08:00 a las 17:30 horas
- ii) Oficinas Regionales de las 08:30 a las 18:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Ciudad de México, página web: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o llamar al teléfono 01 800 999 8080 y 5340 0909.

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 22 de abril de 2024, con el número CNSF-S0112- 0157-2024/ CONDUSEF-006394-01.

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

