

SEGUROS



Ala Azul

Condiciones
generales

Aviso de Privacidad

En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), Seguros SURA, S.A. de C.V. (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V. y en carácter de sociedad fusionante de Seguros de Vida Sura México S.A. de C.V.) también conocida como SURA, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones con fines de registro, control y seguridad.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- a. Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- b. Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx
- c. Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

1. Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
2. Terceros nacionales o extranjeros, cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar por SURA y un tercero en su interés y para cumplir con las finalidades contempladas en el presente Aviso de Privacidad.
3. Terceros nacionales o extranjeros, cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de la relación jurídica entre usted y SURA.
4. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
5. A cualquier Autoridad del orden Federal, Estatal y/o Municipal, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación aplicable.
6. A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO, (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecdatos@segurossura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarte el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso (virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

Fecha de última modificación: octubre 2022.

CONTENIDO	Página
I. DEFINICIONES	3
1. Accidente	3
2. Antigüedad Generada	3
3. Asegurado	3
4. Asegurados Adicionales	3
5. Asegurado Titular	4
6. Biología de la Reproducción	4
7. Coaseguro	4
8. Cofepris	4
9. Compañía	4
10. Contratante	4
11. Contrato de Seguro o Póliza	6
12. Culpa Grave	6
13. Deducible	6
14. Edad	6
15. Emergencia Médica	6
16. Endoso	7
17. Enfermedad o Padecimiento	7
18. Enfermera(o)	7
19. Epidemia	7
20. Fecha de Primer Gasto	7
21. Fractura	7
22. Gasto Convenido	7
23. Honorarios Médicos	8
24. Hospital, Clínica o Sanatorio	8
25. Hospitalización	8
26. Lugar de Residencia	8
27. Medicamento	8
28. Médico	9
29. Médico Especialista	9
30. Nivel Hospitalario	9
31. Obesidad	9
32. Padecimientos o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas	9
33. Padecimientos Preexistentes	10
34. Pago Directo	10
35. Pandemia	11
36. Periodo al Descubierto	11
37. Periodo de Carencia	11
38. Periodo de Espera	11
39. Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo o Red de Ala Azul	11
40. Programación de Servicios	11
41. Prótesis	12
42. Reclamación	12
43. Renovación	12
44. Reembolso	12

CONTENIDO	Página
45. Siniestro	12
46. Suma Asegurada	12
47. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul	14
48. UMA	14
II. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	14
1. Habitación hospitalaria	15
2. Servicios médicos y quirúrgicos	15
3. Honorarios por consultas médicas	17
4. Honorarios de Enfermero(a)	17
5. Unidad de cuidado intensivo	17
6. Pago de Medicamentos	17
7. Exámenes de laboratorio y gabinete	17
8. Ambulancia terrestre local	18
9. Aparatos de prótesis	18
10. Rehabilitación física, de neurodesarrollo y cualquiera de sus variantes	18
11. Parto, cesárea y óbito fetal	19
12. Padecimientos Congénitos o Genéticos (incluye estrabismo)	19
13. Práctica amateur u ocasional de cualquier deporte (no profesional)	19
14. Circuncisión	20
15. Nariz y senos paranasales	20
16. Complicaciones del embarazo y/o puerperio	20
17. Legrado por aborto	20
18. Renta o compra de aparatos	22
19. Diálisis o hemodiálisis	22
20. COVID-19	22
21. Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera	22
22. Emergencia de gastos médicos no cubiertos	25
III. EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS	26
IV. COBERTURAS ADICIONALES	29
1. Diagnóstico de enfermedades graves	29
2. Exclusiones para cáncer	30
3. Exclusión para accidente cerebro vascular	31
V. CLAUSULAS GENERALES	32
1. Objeto del seguro	32
2. Contrato	32
3. Vigencia	32

CONTENIDO	Página
4. Modificaciones al contrato	32
5. Prescripción	33
6. Moneda	33
7. Edad	33
8. Inexacta declaración de la edad	34
9. Prima	35
10. Periodo de gracia	36
11. Agravación del riesgo	36
12. Residencia	37
13. Periodo de beneficio	38
14. Renovación automática	38
15. Terminación anticipada	39
16. Subrogación de derechos Rehabilitación	40
17. Rehabilitación	41
18. Movimiento de Asegurados: altas de nuevos Asegurados	41
19. Movimiento de Asegurados: bajas de Asegurados	42
20. Trámite de reclamaciones	43
21. Pago de reclamaciones	44
22. Indemnización por mora	45
23. Competencia	48
24. Revisión de Diagnóstico	48
25. Segunda valoración médica	49
26. Acuerdo de Arbitraje Médico	50
27. Revelación de comisiones	50
28. Notificaciones	50
29. Entrega de documentación contractual	51
30. Uso de medios electrónicos	51
31. Cambio de plan	52
32. Territorialidad	53
33. Red de Alá Azul, tabla de intervenciones quirúrgicas y honorarios médicos	53
VI. MARCO LEGAL	53



I. DEFINICIONES

Los siguientes términos utilizados con mayúscula inicial en las presentes condiciones generales tienen los significados que se les atribuyen a continuación, independientemente de que dicho término se utilice en singular o plural.

1. Accidente

Acontecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido dentro del periodo de vigencia de la Póliza por una causa externa, súbita, fortuita y violenta, lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales que requieran de atención médica.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del acontecimiento señalado en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente o como un sólo Siniestro.

Pasados 30 días, de no haber efectuado gasto alguno por concepto de Accidente, será considerado como Enfermedad.

No se consideran Accidentes las lesiones autoinfligidas.

2. Antigüedad Generada

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de gastos médicos con esta Compañía.

3. Asegurado

Persona incluida en la Póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta y con derecho a los beneficios contratados.

4. Asegurados Adicionales

Podrán figurar como Asegurados Adicionales del Asegurado Titular para efectos de esta Póliza, a las siguientes personas:

- i. El cónyuge, concubino(a) o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación civil aplicable.
- ii. Los hijos del Asegurado Titular hasta los 36 años de Edad y que no reciban remuneración económica.

5. Asegurado Titular

Es la persona física que aparece como tal en la carátula de la Póliza, que cumple con las condiciones de asegurabilidad de este Contrato de Seguro, que ha sido aceptada por la Compañía y que está expuesta a los riesgos especificados en sus condiciones generales y Endosos, en su caso.

6. Biología de la Reproducción

Todo procedimiento médico y/o quirúrgico que lleve por sí auxiliar, favorecer o permitir que se logre un embarazo, ya sea dentro de la madre o fuera de ella (útero subrogado), con un óvulo fecundado propio (tanto de padre como de madre) y no donado; utilizando para ello técnicas de fertilización *in vitro*, implantación de óvulo fecundado en la madre o útero subrogado.

7. Coaseguro

Es la segunda participación del Asegurado en el monto de la Reclamación y se aplica después de haber descontado el Deducible. Está especificado en la carátula de la Póliza, expresado en porcentaje y se aplicará cada vez que se presenten gastos iniciales o complementarios del mismo Siniestro cubierto.

8. Cofepris

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

9. Compañía

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

10. Contratante

Aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del pago de las primas y además es responsable de informar los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.



11. Contrato de Seguro o Póliza

Es el celebrado entre el Contratante y la Compañía por virtud del cual ésta última se obliga frente al Asegurado, a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los eventos cubiertos (Siniestro) en dicho documento, siempre que procedan de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas.

12. Culpa Grave

Cuando estando en posibilidades de realizar los actos mínimos y elementales a efectos de evitar cualquier daño, se actúa con omisión o no se emplea el cuidado debido.

13. Deducible

Cantidad fija inicial estipulada en la Póliza, es la primera participación del Asegurado en el monto de la Reclamación por cada Siniestro amparado por esta Póliza.

Para que un Siniestro sea amparado, el monto de Reclamación deberá rebasar el monto del Deducible contratado.

El Deducible se aplicará por Siniestro, a partir de la Fecha de Primer Gasto del Siniestro amparado.

El Deducible deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de la Compañía de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes.

14. Edad

Número de años cumplidos por el Asegurado al momento de inicio de vigencia, Renovación o alta en la Póliza.

15. Emergencia Médica

Atención médica o quirúrgica a la que se deba someter el Asegurado por presentar en forma súbita e imprevista una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por esta Póliza, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha Enfermedad o Accidente y ésta sea atendida en el área de urgencias de un Hospital, Clínica o Sanatorio. La Emergencia Médica cesa cuando el paciente se encuentra médicamente estabilizado.

16. Endoso

Documento que forma parte de la Póliza, que previo acuerdo entre las partes, modifica y/o adiciona condiciones específicas a las condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un Endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contrapongan.

17. Enfermedad o Padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, siendo un estado anormal fisiológico del organismo, ya sea en el funcionamiento de un órgano, sistema o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticado por un Médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como parte de la misma Enfermedad que le dio origen.

18. Enfermero(a)

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia y cuidado a los enfermos; no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)), ni alguno de los Asegurados de este Contrato de Seguro.

19. Epidemia

Cuando una Enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto y decretada por la autoridad sanitaria correspondiente.

20. Fecha de Primer Gasto

Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un Siniestro.

21. Fractura

Ruptura parcial (fisura) o completa de la continuidad del hueso.

22. Gasto Convenido

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre la Compañía y los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y servicios auxiliares en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y

equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza para Médicos, Hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete con los que la Compañía no tenga convenio de Pago Directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

Dichos montos podrán ser consultados en www.segurossura.com.mx/tabulador-quirurgico

23. Honorarios Médicos

Pago que obtiene el profesional Médico legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados conforme a los límites establecidos en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul.

24. Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para prestar servicios médicos encaminados al diagnóstico y tratamiento de lesiones o Enfermedades, con la finalidad de restablecer la salud de los pacientes.

25. Hospitalización

Estancia continua por más de 24 horas en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad o Accidente, dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante.

26. Lugar de Residencia

Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

27. Medicamento

Toda preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea distribuido.

28. Médico

Profesional que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que dentro de sus funciones está la de restablecer la salud.

29. Médico Especialista

Médico avalado por el consejo o colegio de una especialidad determinada de la ciencia médica, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

30. Nivel Hospitalario

Corresponde a los Hospitales a los cuales puede tener acceso el Asegurado, de acuerdo con el plan contratado, sin un incremento en Deducible o Coaseguro pactado.

31. Obesidad

El incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal. Se clasifica de acuerdo con lo siguiente:

Clasificación	Índice de masa corporal(kg/m ²)
Obesidad I	30.0 - 34.9
Obesidad II	35.0 - 39.9
Obesidad III	40.0 y más

32. Padecimientos o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico que tiene su origen durante el periodo de gestación y que puede ser evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que se presenten a consecuencia de un Padecimiento o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas será considerado como un solo Siniestro.

33. Padecimientos Preexistentes

Se considerará Padecimiento Preexistente cuando:

- i. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento y/o Enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- ii. La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la Reclamación.
- iii. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

34. Pago Directo

Mecanismo mediante el cual la Compañía realiza el pago en forma directa al Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul por la atención médica de un Accidente o una Enfermedad cubiertos, cuando el Asegurado sea atendido por éste, de acuerdo con lo establecido en la cláusula pago de reclamaciones.



35. Pandemia

Es la propagación mundial de una nueva Enfermedad contagiosa, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto y decretada por la autoridad sanitaria correspondiente.

36. Periodo al Descubierto

Periodo de tiempo durante el cual los efectos del Contrato de Seguro cesaron o la Póliza no se encuentra vigente.

37. Periodo de Carencia

Es el lapso sin cobertura que tiene la Póliza a consecuencia de una Enfermedad cubierta, éste es de 15 días contados a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza. Este periodo no aplica para el caso de Accidentes o Emergencias Médicas, ni para la cobertura de Padecimientos o Malformaciones Congénitas y Genéticas de recién nacidos durante la vigencia de la Póliza, ni en caso de Renovación de la misma.

38. Periodo de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado y la fecha en que se cubrirán ciertas Enfermedades, siempre y cuando no sean preexistentes. Los Periodos de Espera para las Enfermedades a las que se aplicará, se encuentran indicados en el apartado de gastos médicos cubiertos.

39. Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul o Red de Ala Azul

Hospitales, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico, con los que la Compañía ha celebrado convenios de Pago Directo. Dicho conjunto de prestadores de servicios podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento, lo cual se hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado.

40. Programación de Servicios

Confirmación por escrito en la cual la Compañía autoriza el Pago Directo al Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul o Red de Ala Azul, de acuerdo con el plan contratado, para una intervención quirúrgica y/o tratamiento con Hospitalización, cirugía ambulatoria, Medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, entre otros, en los términos de la presente Póliza.

41. Prótesis

Pieza o implante para la sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano interno o externo, que reproduce la parte que ha de sustituir.

42. Reclamación

Es el trámite que efectúa el Contratante y/o Asegurado ante la Compañía, para obtener los beneficios de la Póliza a consecuencia de un Siniestro.

43. Renovación

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

44. Reembolso

Mecanismo por el que la Compañía restituye al Contratante y/o Asegurado los gastos que haya erogado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Seguro y teniendo como límite la cantidad determinada en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul. El sistema de Reembolso procederá, cuando el Asegurado no haga uso de los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul y/o cuando el Siniestro ocurra dentro del periodo de gracia y la prima no se encuentre cubierta.

45. Siniestro

Corresponde a los gastos médicos derivados de un Padecimiento que sufra el Asegurado a consecuencia de lesiones por Accidente o Enfermedades y que se presenten a la Compañía para su Reembolso o Pago Directo. Quedan incluidos en el mismo Siniestro los gastos de recaídas, secuelas y complicaciones derivadas del Padecimiento inicial.

46. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad que pagará la Compañía por Asegurado, por cada Siniestro cubierto por la Póliza, con base en las coberturas contratadas siempre y cuando la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro ocurra durante la vigencia de la misma. La Suma Asegurada para cada Padecimiento quedará fija a partir de la Fecha de Primer Gasto. Para cada gasto procedente por una misma Enfermedad o Accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la



misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma Enfermedad o Accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

47. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul

Relación que establece las cantidades máximas para determinar el monto que la Compañía pagará por los honorarios al personal médico y por las intervenciones quirúrgicas, esta tabla se encuentra publicada en www.segurossura.com.mx/tabulador-quirurgico.

48. UMA

Unidad de Medida y Actualización diaria, es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

II. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Este Contrato de Seguro cubre los gastos mencionados a continuación, que se realicen como consecuencia de tratamientos indicados por un Médico, debido a algún Accidente o Enfermedad cubiertos por esta Póliza.

El pago de la Reclamación se efectuará de acuerdo con los límites establecidos en la carátula de la Póliza, en el caso en que no se estipulen, será de acuerdo con el Gasto Convenido.

En caso de Enfermedad, quedan cubiertas las que se originen cuando menos 15 días después del alta del Asegurado a esta Póliza (Periodo de Carencia), excepto cuando se trate de: Emergencia Médica, Accidentes, Renovaciones, ni cuando se trate de la cobertura de Padecimientos o Malformaciones Congénitas, de acuerdo con lo establecido en estas condiciones.

En caso de lesiones a consecuencia de un Accidente que deriven en una Fractura aplicará la Suma Asegurada de la cobertura básica establecida en la carátula de la Póliza; **en caso contrario aplicará una suma asegurada de \$100,000 pesos.**

1. Habitación hospitalaria

- i. Gastos realizados por estadía en habitación estándar hospitalaria o su equivalente, siempre y cuando esté justificado médicamente. Este concepto se cubrirá hasta el beneficio máximo de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza.
- ii. Costo de la cama extra para acompañante.



2. Servicios médicos y quirúrgicos

Honorarios por intervenciones quirúrgicas.

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los Médicos, cirujanos, anestesiólogos, ayudantes e instrumentistas, con el límite establecido en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en el mismo campo operatorio, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas hasta el límite establecido cuando su importe sea el mismo. En caso de que durante el mismo tiempo quirúrgico se practique al Asegurado dos o más operaciones en diferente campo quirúrgico, la Compañía pagará la más alta al 100% y la segunda al 50%. En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas no esté incluida dentro de las condiciones de la Póliza se pagará únicamente la que esté cubierta.

En el caso de un politraumatizado, se estará a lo dispuesto en el párrafo anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% de lo marcado en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul.

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento correspondiente, como si se tratará de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la Póliza.

Honorarios del anestesiólogo con límite máximo del 30% del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica.

Honorarios del primer ayudante con límite máximo del 20% del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica.

Honorarios del segundo ayudante con límite máximo del 10% del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica. Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional.

Honorarios del instrumentista con límite máximo del 5% del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica.

Honorarios del perfusionista con límite máximo del 15% del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica. Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional.

Honorarios del intensivista con límite máximo del 15% del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica. Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional.

Los siguientes conceptos se cubrirán, siempre y cuando estén relacionados con el Padecimiento cubierto:

- i. Gastos de sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
- ii. Gastos por equipo de anestesia.
- iii. Gastos de aplicación y transfusión de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- iv. Gastos originados por tratamiento de radioterapia, quimioterapia y unidad intermedia, intensiva y cuidados coronarios.
- v. Gastos originados por consumo de oxígeno.
- vi. Medicamentos suministrados dentro del Hospital.

3. Honorarios por consultas médicas

En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo con el límite establecido en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul. Los Honorarios Médicos por consultas postoperatorias se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos siempre que se erogan dentro de los 10 días siguientes a la operación que dio origen.

En caso de que presenten complicaciones inherentes al paciente y no al procedimiento quirúrgico dentro de los 10 días siguientes, no se consideraran como consultas postoperatorias.

4. Honorarios de Enfermero (a)

Los honorarios de Enfermeros(as) legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el Médico tratante y justificando clínicamente la necesidad del servicio, describiendo las actividades propias del personal de enfermería. Estos servicios en caso de ser necesarios serán cubiertos por un periodo máximo de 30 días con tres turnos por día, con turnos a lo más de 8 horas cada uno. En caso de Reembolso el costo máximo por día será de 15 UMAs.

5. Unidad de cuidado intensivo

Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.

6. Pago de Medicamentos

Medicamentos adquiridos dentro o fuera del Hospital, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, se acompañe la factura de la farmacia con la receta y guarde relación directa con el Padecimiento cubierto.

7. Exámenes de laboratorio y gabinete

Análisis de laboratorio y estudios de imagen, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualquier otro necesario para diagnóstico médico, de Enfermedades o Accidentes cubiertos.

8. Ambulancia terrestre local

Se cubre la transportación terrestre de Emergencia Médica a un Hospital. Adicionalmente, se otorgará ambulancia terrestre fuera de la localidad en dónde se encuentra el Asegurado cuando por Emergencia Médica el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad donde se encuentra no existen los recursos médicos hospitalarios para su atención.

Aplica un evento para cada 12 meses de cobertura continua y solo por reembolso.

9. Aparatos de Prótesis

Prótesis ortopédicas, Prótesis mamarias **solo cubre el lado afectado (queda excluida en caso de cáncer)**, globo ocular, valvulares o cualquier otro tipo de Prótesis que se requieran a causa de Accidente y/o Enfermedad cubierta En caso de Prótesis mamaria se cubrirá el expansor y la Prótesis mamaria.

Quedará excluido cualquier aparato experimental. No se cubrirán la reposición de estas Prótesis.

10. Rehabilitación física, de neurodesarrollo y cualquiera de sus variantes.

Quedan cubiertas las terapias de rehabilitación, siempre y cuando sean medicamente justificadas de acuerdo con el diagnóstico prescritas por el Médico tratante y se hayan autorizado por la Compañía con un límite de 10 sesiones por padecimiento; una vez concluidas estas sesiones, se evaluará si se continúan con las terapias, **sin exceder de 30 sesiones en total por padecimiento.**

Quedará excluida cualquier rehabilitación para corregir trastornos de aprendizaje.



11. Parto, cesárea y óbito fetal

Se ampara el parto o cesárea u óbito fetal, en caso de embarazo de la Asegurada Titular o Asegurados Adicionales, siempre y cuando haya estado asegurada de forma continua e ininterrumpida con la Compañía con por lo menos 10 meses contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza o su alta en este Contrato de Seguro. Aplica el sublímite de Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza para esta cobertura. No Aplica Deducible, ni Coaseguro.

12. Padecimientos Congénitos o Genéticos (incluye estrabismo)

Se cubren desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido por los gastos derivados de Padecimientos o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas, prematuridad, inmadurez y las Enfermedades o Padecimientos ocurridos durante el nacimiento del recién nacido. Esta cobertura aplica siempre y cuando el Asegurado Titular tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la Póliza, el recién nacido sea dado de alta en la Póliza dentro de los primeros 10 días de vida y que el recién nacido no sea producto de Biología de la Reproducción. **Si alguna de las condiciones anteriores no se cumple, no aplica esta cobertura.** Para los trastornos originados durante la gestación (prematuridad, inmadurez, Congénitos y/o Genéticos) se aplicará el límite de Suma Asegurada indicado en la carátula de Póliza.

13. Practica amateur u ocasional de cualquier deporte (no profesional)

Se amparan los gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte. Se cubren los gastos médicos derivados de Accidentes sufridos a consecuencia de la práctica de deportes en forma ocasional, amateur y como esparcimiento.

Quedarán excluidos los deportes como karate, lucha, box, tauromaquia y los relacionados con vehículos con motor.

Por práctica no profesional se entiende aquella que realiza el Asegurado y no recibe remuneración económica por realizarla en público.

14. Circuncisión

Quedarán cubiertos los gastos médicos derivados de la intervención quirúrgica, siempre que ésta sea necesaria funcionalmente y no de tipo preventiva ni profiláctica. **Aplica una Suma Asegurada de 312 UMAs.**

15. Nariz y senos paranasales

Quedan amparados los tratamientos de nariz y senos paranasales a consecuencia de Enfermedad aplicando Deducible de la Póliza y Coaseguro de 50% siempre y cuando cumpla con el Periodo de Espera indicado en el apartado de Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera. **En caso de Accidente no aplica Deducible ni Coaseguro.**

16. Complicaciones del embarazo y/o puerperio

Se cubrirán los Padecimientos mencionados con un sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza, siempre y cuando cumpla con el Periodo de Espera indicado en el apartado de Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera.

- i. Embarazo extrauterino.
- ii. Fiebre puerperal o infecciones puerperales.
- iii. Placenta accreta.
- iv. Placenta previa.
- v. Cerclaje cervical.
- vi. Atonía uterina.

17. Legrado por aborto.

Se cubre el legrado obstétrico hasta el sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza, siempre y cuando se cumpla con el Periodo de Espera indicado en el apartado de Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera.

- i. Embarazo anembrionario.
- ii. Huevo muerto retenido.
- iii. Aborto involuntario en evolución.



18. Renta o compra de aparatos

Entendiéndose como tales: muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes para rehabilitar al enfermo, siempre y cuando sean prescritas por el Médico tratante.

19. Diálisis o hemodiálisis

Siempre que sea indicado por un Médico Especialista en nefrología.

20. COVID-19

Los gastos erogados por la atención médica, en caso de diagnóstico de la enfermedad de COVID-19, se amparan hasta la Suma Asegurada contratada. **No obstante lo anterior, para el caso de Asegurados mayores de edad que no cuenten con al menos una dosis de la vacuna contra COVID-19, el Siniestro asociado a dicha enfermedad o sus variantes no será procedente.** La vacuna contra COVID-19 deberá ser suministrada de acuerdo con el Plan Nacional de Vacunación de la Secretaría de Salud o suministrada en el extranjero; en ambos casos la Compañía requerirá que se le proporcione un comprobante emitido con validez oficial en el país correspondiente.

21. Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza amparará, después del periodo de Antigüedad Generada en la Compañía, los gastos resultantes de los siguientes Padecimientos de acuerdo con los periodos establecidos.

i. Cubierta con un mes de Periodo de Espera

1. Enfermedades provocadas por Epidemias, Pandemias o el coronavirus de cualquier tipo.

ii. Cubiertas con 6 meses de Periodo de Espera.

1. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.
2. *Hallux Valgus*.
3. Legrado por aborto.

iii. Cubiertas con 10 meses de Periodo de Espera.

1. Complicaciones del embarazo y/o puerperio.
2. Parto, cesárea y óbito fetal.
3. Padecimientos congénitos, prematuros o genéticos.

iv. Cubiertas con 12 meses de Periodo de Espera.

1. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
2. Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
3. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de las rodillas, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
4. Enfermedades de columna vertebral.
5. Nariz y senos paranasales.
6. Cirugías del piso perineal.
7. Padecimientos anorrectales, hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
8. Hernias, eventraciones y protrusiones (incluyendo la hiatal y la de disco).
9. Diabetes.
10. Hipertensión.
11. Artritis reumatoide.
12. Lupus.
13. Cardiopatías.
14. Hipercolesterolemias y trigliceridemias.
15. Hepatitis crónica por esteatosis hepática y por virus de la hepatitis B, C, E.
16. Enfermedades diverticulares.
17. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones del hombro.
18. Cataratas.
19. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la cadera.

v. Cubiertas con 18 meses de Periodo de Espera.

1. Tratamiento de litiasis de vías urinarias.
2. Padecimiento de vesícula y vías biliares.
3. Padecimientos ginecológicos no relacionados con el embarazo ni puerperio.

Para las pólizas emitidas antes de 01/10/2022 el periodo de espera para estos padecimientos y tratamientos será de 6 meses.

vi. Cubiertas con 24 meses de Periodo de Espera.

Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos sean detectados después del Periodo de Espera a través de los estudios serológicos (*ELISA y Western Blot*).



Los periodos de espera señalados en este numeral no se aplicarán tratándose de Accidentes y Emergencias Médicas que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.

22. Emergencia de gastos médicos no cubiertos

Se cubren en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier Emergencia Médica por las complicaciones posteriores al alta hospitalaria de las siguientes exclusiones declaradas en la cláusula de Exclusiones- riesgos no cubiertos.

- i. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
- ii. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia, bulimia, aumento de peso o tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para Obesidad.
- iii. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.
- iv. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual.
- v. Tratamientos con fines preventivos.
- vi. Tratamientos de quiroprácticos o acupuntura.
- vii. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones señaladas en el párrafo anterior procederán siempre y cuando éstas se puedan considerar como Emergencia Médica.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado afectado, cesará la Emergencia Médica y, por lo tanto, la Compañía ya no tendrá obligación alguna con el Asegurado.

El sublímite de este beneficio será el 10% de la Suma Asegurada de la cobertura básica indicada en la carátula de Póliza.

No quedarán cubiertos los gastos de los conceptos descritos en los incisos i. al vii. descritos en esta cobertura, cuando sean preexistentes al momento de la contratación de la Póliza.



III. EXCLUSIONES - riesgos no cubiertos

Los siguientes tratamientos, conceptos y sus gastos relacionados quedan excluidos de este seguro:

1. Accidentes o Enfermedades que se originen por participar en:
 - i. Actividades militares de cualquier tipo.
 - ii. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
 - iii. Aviación privada en calidad de tripulante o mecánico.
 - iv. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el Asegurado en forma activa.
 - v. La práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando la persona realiza un deporte, en público y recibe una remuneración económica con motivo de dicha práctica.

2. Gastos incurridos a consecuencia de:
 - i. Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en el Hospital, excepto la cama extra
 - ii. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, del lenguaje o audición, déficit de atención, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías cualquiera que sea la causa.
 - iii. Tratamientos encaminados a corregir la disfunción sexual, incluyendo la eréctil, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
 - iv. Tratamientos relacionados con los defectos de nacimiento y Enfermedades o Malformaciones Congénitas de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
 - v. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilofaciales (gastos por tratamientos de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura), excepto los que acontezcan a consecuencia de

- un Accidente cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales y lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
- vi. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de check-up, salvo que se haya pactado su contratación.
 - vii. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y para cambio de sexo, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
 - viii. Tratamientos para calvicie o el acné en cualquiera de sus formas y manifestaciones, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
 - ix. Tratamientos para corregir anorexia, bulimia y Obesidad, incluyendo bypass gástrico cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones, así como tratamientos dietéticos y complementos vitamínicos, fitofármacos y fórmulas lácteas siempre y cuando no se esté cubriendo el Padecimiento de base del recién nacido, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
 - x. Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos Accidentes ocasionados por Culpa Grave del Asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol , cualquiera que sea su grado, y/o bajo el influjo de drogas.
 - xi. Cualquier cuidado, tratamiento o lesión autoinfligida e intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 - xii. Tratamientos o intervención quirúrgica con el fin de corregir astigmatismo, presbiopía hipermetropía, miopía y estrabismo para nacidos fuera de la vigencia.
 - xiii. Adquisición de anteojos o lentes de contacto.
 - xiv. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura de trompas y la vasectomía y su restitución funcional , excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.

- xv. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas derivadas de la Biología de la Reproducción, esterilidad, fertilidad, ni cualquiera de sus complicaciones, así como cualquier evento derivado de dicho tratamiento, incluyendo los embarazos y sus complicaciones que se den durante el periodo de tratamiento o durante los 12 meses posteriores a la suspensión del mismo , excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
- xvi. Tratamientos y/o Medicamentos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, tratamientos y/o Medicamentos experimentales o de investigación, que no estén regulados por NOM (Norma Oficial Mexicana) y por S.S.A. (Secretaría de Salud / Cofepris).
- xvii. Compra de zapatos o plantillas ortopédicas.
- xviii. Tratamientos preventivos o profilácticos (vacunas, fármacos, exfoliaciones), excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia de gastos médicos no cubiertos.
- xix. Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.
- xx. Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos propios de la Edad (como climaterio, andropausia impotencia, osteopenia y osteoporosis, queratosis).
- xxi. Cualquier Enfermedad o Accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- xxii. Tratamientos de nariz y senos paranasales derivados de causas estéticas.
- xxiii. Los Siniestros complementarios de la(s) aseguradora(s) anterior(es) del Asegurado.
- xxiv. Padecimientos congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacidos prematuros, originados por alcoholismo, drogadicción, y/o cuando los padres del menor Asegurado se hayan sometido o se encuentren en tratamiento de infertilidad o esterilidad.

- xxv. Células madre a excepción del tratamiento de Enfermedades mielodisplásicas.
- xxvi. Ambulancia aérea.
- xxvii. Padecimientos Preexistentes.
- xxviii. Honorarios por tratamientos naturistas, vegetarianos o cualquier tipo de medicina alternativa.
- xxix. Padecimientos oncológicos, accidente cerebro vascular, trasplante de órganos e insuficiencia renal crónica.

IV. COBERTURAS ADICIONALES

Las siguientes coberturas quedarán amparadas con los límites indicados en la carátula de la Póliza con un costo adicional de prima y bajo contratación expresa de acuerdo con las condiciones que a continuación se describen.

1. Diagnóstico de Enfermedades graves

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez, durante la vigencia de la Póliza y después de haber transcurrido un periodo de 30 días a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro o alta del Asegurado a la Póliza, con alguna de las Enfermedades graves que se indican a continuación, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura:

- i. Cáncer: presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia del estudio histopatológico correspondiente. El término cáncer incluye también la leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin, entre otros.



- ii. Accidente cerebrovascular: un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene y algunas células cerebrales mueren, lo que causa daño permanente.
- iii. Trasplante de órganos: es la sustitución de un órgano enfermo por un órgano sano.
- iv. Insuficiencia renal crónica: es una Enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el o los riñones no filtren la sangre como deberían y se acumulen los desechos en el cuerpo.

Se cubre esta Enfermedad, siempre que no sea a consecuencia de diabetes o hipertensión arterial.

Al efecto será necesario que:

- 1. El diagnóstico se haya efectuado por primera vez dentro de la vigencia de la Póliza y después de finalizado un periodo de 30 días, contado a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro o alta del Asegurado. Si la Enfermedad grave se diagnostica durante este periodo, esta Enfermedad no será objeto de cobertura del Contrato de Seguro.
- 2. El diagnóstico sea certificado por escrito por un Médico Especialista.

Edades de aceptación y Renovación para la cobertura adicional

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas, hasta los 60 años. En la Renovación, la Edad límite será de 64 años.

2. Exclusiones para cáncer

Además de las exclusiones señaladas en la cláusula de Exclusiones - riesgos no cubiertos de este Contrato de Seguro, la Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el Padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- i. **Diagnóstico de cáncer preexistente.**
- ii. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y**

éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.

- iii. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aún cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.
- iv. Si el Asegurado fue diagnosticado con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.
- v. Enfermedades relacionadas o derivadas de Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
- vi. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier Periodo al Descubierta que tenga la Póliza.
- vii. Cuando el cáncer derive de exposición a radiaciones o contaminación radioactiva a consecuencia de la ocupación del Asegurado.
- viii. Carcinoma *in situ* y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o melanoma de piel diferente del melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.

3. Exclusión para accidente cerebrovascular

Además de las Exclusiones señaladas en la cláusula Exclusiones – riesgos no cubiertos de este Contrato de Seguro, la Compañía excluye:

- i. Las causas traumáticas accidentales, los episodios de Isquemia Cerebral Transitoria y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.

Una vez pagada la Suma Asegurada correspondiente a la presente cobertura adicional, se cancelarán automáticamente todos sus efectos por el periodo de vigencia en curso.

V. CLÁUSULAS GENERALES

1. Objeto del seguro

Si el Asegurado incurriera, en cualesquiera de los gastos médicos enumerados en la presente, como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de esta Póliza, la Compañía pagará o reembolsará, según corresponda, el costo de los mismos hasta por el monto de la Suma Asegurada, menos el Deducible y Coaseguro consignados en la carátula de la Póliza, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad y de conformidad a lo establecido en este Contrato de Seguro.

2. Contrato de Seguro

Las declaraciones del Contratante proporcionadas a la Compañía en la solicitud de seguro, la carátula de la Póliza, las cláusulas adicionales, las condiciones generales y los Endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3. Vigencia

La vigencia de la Póliza se encuentra estipulada en la carátula de la Póliza.

4. Modificaciones al Contrato de Seguro

Las condiciones de este Contrato de Seguro sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, mediante Endoso o cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carece de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de la Reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de consultas y reclamaciones de la Compañía exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

6. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se harán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente a la fecha de pago. Los pagos se harán en las oficinas de la Compañía. Cuando los gastos se eroguen en moneda extranjera, el tipo de cambio considerado será el que corresponda al dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación para pagos en la fecha en que se realicen los mismos.

7. Edad

Las edades de aceptación y Renovación para esta Póliza aplicarán de acuerdo con lo siguiente:

Asegurado	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad máxima de Renovación
Titular	18	65	99
Cónyuge	18	65	99
Hijo (a)	0	36	36

8. Inexacta declaración de la Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad de algún Asegurado, se procederá de la siguiente forma:

- i. La Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la Edad real del Asegurado al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso, el seguro será rescindido y la Compañía reintegrará al Contratante la reserva matemática del Contrato de Seguro en la fecha de su rescisión. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.
- ii. Si la Edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la Edad, se pagara una prima menor de la que correspondería por la Edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro;
 - b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la Edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
 - c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la Edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la Edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la Edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta Edad; y
 - d) Para los cálculos arriba señalados, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para los Asegurados que ya la hayan comprobado.

9. Prima

El monto de la prima de esta Póliza es la suma de las primas correspondientes a los Asegurados que integren este Contrato de Seguro, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o Renovación de la Póliza, basada en la Suma Asegurada, el sexo y la Edad de cada Asegurado y condiciones de la Póliza. En cada Renovación se revisarán las primas obtenidas, conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva, de acuerdo con la Suma Asegurada contratada y la Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados.

La prima vence al momento de la celebración del Contrato de Seguro, no obstante, lo anterior, el Contratante gozará con un periodo de gracia de 7 días naturales, contados a partir del día de su vencimiento, para liquidar el total de la prima. Si la prima no se paga de acuerdo con lo señalado en el párrafo anterior, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia, perdiendo los Asegurados todos los derechos de antigüedad que tenía la Póliza.

En caso de alta de un Asegurado, la Compañía cobrará al Contratante, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo en curso.

La prima deberá ser cubierta en el domicilio de la Compañía indicado en la carátula de la Póliza, no obstante, lo anterior, el Contratante podrá optar por realizar el pago de la prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la institución financiera, en dónde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago.



En caso de que el pago de la prima se realice a través del agente de seguros, éste sólo podrá cobrar primas contra el recibo oficial expedido por la Compañía. Las primas así cobradas se entenderán recibidas directamente por la Compañía.

10. Periodo de gracia

El Contratante gozará de un periodo de gracia de 7 días naturales, contados a partir del vencimiento del periodo pactado, para liquidar el total de la prima o la fracción de ella. A las 12:00 horas del último día del periodo de gracia, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada, perdiendo los Asegurados todos los derechos de antigüedad que tenía la Póliza.

11. Agravación del riesgo

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía cualquier circunstancia que, durante la vigencia de este Contrato de Seguro, provoque una agravación esencial de los riesgos cubiertos, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que la conozca. **Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo, de conformidad con los artículos 52 al 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, 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 Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere

condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien, si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada 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 tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

12. Residencia

Únicamente estarán amparados bajo este Contrato de Seguro los Asegurados que tengan su residencia permanente en la República Mexicana. El Contratante y/o Asegurados tienen la obligación de notificar a la Compañía el Lugar de Residencia de los Asegurados Adicionales,

en caso de que éstos no vivan en el mismo domicilio del Asegurado Titular.

En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 meses continuos deberá informarlo a la Compañía.

13. Periodo de beneficio

La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de Siniestros ocurridos dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- i. El agotamiento de la Suma Asegurada.
- ii. El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y hasta 5 días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del Contrato de Seguro.
- iii. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

14. Renovación automática

Esta Póliza se renovará de manera automática, con condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, lo cual se hará constar mediante Endoso, siempre que el Asegurado se encuentre dentro de las Edades de Renovación estipuladas en la cláusula Edad. No obstante, lo anterior, cuando la Compañía o el Contratante no quieran renovarlo, deberán notificar de manera fehaciente a la otra parte, su voluntad de no renovarlo, lo cual deberán hacerlo cuando menos con 20 días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

En caso de Renovación, la Compañía informará al Contratante o al Asegurado, con al menos 20 días hábiles de anticipación a la Renovación, los valores de la prima, Deducible o Coaseguro que se aplicarán a la nueva vigencia.

La Renovación otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- i. La Renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- ii. Los periodos de espera no serán modificados en perjuicio de los Asegurados.
- iii. Las Edades límite no serán modificadas en perjuicio de los Asegurados.

Si la Póliza se renueva manteniendo los mismos términos y condiciones en lo que corresponde a Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul, se continuarán pagando los gastos procedentes de los Siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la Enfermedad y/o Accidente cubierto, con base al plan vigente en el momento del primer gasto.

El incremento en prima que se efectuará para cada Renovación será el que corresponda conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo con la inflación médica anual, Edad alcanzada de los Asegurados y sexo.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo expedido por la Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación.

Si la Póliza se renueva con cambios en alguno de los conceptos de Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul se continuará pagando los gastos procedentes de los Siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la Enfermedad y/o Accidente cubierto con las condiciones de Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul y Deducible, Coaseguro mayores de ambos planes.

15. Terminación anticipada

No obstante, el término de vigencia del Contrato de Seguro, las partes convienen que el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este Contrato de Seguro, de conformidad con lo siguiente:

- i. Por escrito, entregado directamente en el domicilio de la Compañía la solicitud de terminación anticipada, en dónde se le recibirá el documento y la terminación surtirá efectos en la fecha en que se reciba dicho documento o en la fecha indicada en la solicitud de terminación, la que sea posterior. A dicha solicitud se deberá agregar copia de la identificación oficial del Contratante, al que se le dará un número de folio, el cual le servirá para comprobar la solicitud de terminación.

- ii. Por teléfono, para lo cual el Contratante deberá comunicarse al número telefónico de la Compañía, en dónde se le solicitará información personal y de la Póliza a fin de que la Compañía se cerciore de que se trata del Contratante, al finalizar se le otorgará un número de folio, el cual le servirá para comprobar la solicitud de terminación, la cual surtirá efectos al momento en que se otorgue el folio correspondiente.

El Contratante y/o Asegurados, en la misma proporción en que participen en el pago de la prima, tendrán derecho a la devolución de la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, previa disminución del costo de adquisición total pagado por la Compañía por la intermediación de este seguro. El Contratante y/o Asegurado están de acuerdo en que dicha devolución se hará en un plazo de 30 días contado a partir de la fecha en que surta efecto la terminación del seguro. En este caso, el Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, proporcionará los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el Contratante para el pago de la prima.

En caso de que el Contratante no indique la forma en que desea se le haga la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de la Compañía.

16. Subrogación de derechos

La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con la Compañía para conseguir la recuperación del daño. **La falta de cumplimiento de las obligaciones señaladas en esta Cláusula, así como si por hechos u omisiones del (los) Asegurado (s) se impide la subrogación, La Compañía quedará liberada de sus obligaciones.**

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

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

17. Rehabilitación

En caso de que este Contrato de Seguro hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los 7 días siguientes al último día del periodo de gracia, la cual estará sujeta a la revisión y aceptación de la Compañía y conforme a las siguientes condiciones:

- i. En caso de rehabilitación se respetará la antigüedad de cada Asegurado.
- ii. Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato de Seguro, es necesario que el Contratante o Asegurado cubra la prima del periodo en descubierto, desde la fecha de vencimiento del periodo de seguro, así como la prima que esté vencida de tal forma que se ponga al corriente con el pago de la Póliza.
- iii. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro, desde las 12:00 horas de la fecha de pago.
- iv. Esta Póliza no podrá ser rehabilitada más de una ocasión dentro de un mismo periodo de seguro.

En ningún caso, la Compañía cubrirá los Siniestros ocurridos durante el periodo entre la fecha en que este Contrato de Seguro hubiere cesado en sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

18. Movimiento de Asegurados: altas de nuevos Asegurados

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición Asegurados adicionales puede ser incluida en esta Póliza, mediante la solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía.

Si el cónyuge, concubina (o) o conviviente del Asegurado Titular es considerado como Asegurado Adicional de éste, sus hijos 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.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar a cualquier Asegurado Adicional, en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de alta respectiva.

19. Movimiento de Asegurados: bajas de Asegurados

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

- i. Siendo cónyuge o concubina(o) o conviviente, se separe legalmente del Asegurado Titular.
- ii. Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 36 años de Edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de ser dependiente económico del Asegurado Titular.
- iii. Cuando cualquiera de los Asegurados llegue a la Edad de cancelación del seguro.

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

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.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se pagará a la Compañía la prima convenida para el periodo en curso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, la Compañía 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, lo anterior de conformidad con lo estipulado en la cláusula **terminación anticipada** de este Contrato de Seguro.

20. Trámite de reclamaciones

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros 5 días siguientes a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicho aviso tan pronto desaparezca el impedimento.

En toda Reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, de conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, requisitadas por cada uno de los Médicos que intervinieron, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro documento que la Compañía juzgue necesario para la apreciación de la Reclamación. **En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente Reclamación.**

Los Asegurados dentro de la presente Póliza, están en libertad de escoger los Hospitales o Sanatorios y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta cobertura; en el entendido que los costos que asume la Compañía serán los consignados en la carátula de la Póliza de acuerdo con el Plan Contratado.

La Compañía sólo pagará los honorarios de enfermeras y Médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que no sean parientes directos del Asegurado.

La Compañía sólo pagará los gastos de internación efectuados en Sanatorios y Hospitales privados, **no se efectuará por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquier otros semejantes en donde no se exija contraprestación.**

La Compañía podrá nombrar un Médico con especialidad en la materia, quien tendrá a su cargo la verificación de la Enfermedad o lesiones y la procedencia de los honorarios y gastos realizados. En caso necesario

o de duda para la comprobación del diagnóstico, los Asegurados autorizan a todos los Hospitales y a todos los Médicos que los hubieren tratado, para dar información a la Compañía o persona designada por ésta, y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma. Si el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho al pago correspondiente.

21. Pago de reclamaciones

Pago Directo

La Compañía pagará directamente a los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul que hayan atendido al Asegurado, los gastos médicos amparados, de acuerdo con las condiciones de la Póliza. En caso de que hubiese un ingreso hospitalario, Médico y Hospital deben pertenecer a los Prestadores de Servicio en Convenio para Pago Directo Ala Azul. Si el Médico u Hospital no pertenezcan a los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul, la indemnización se hará vía reembolso, como se señala en el siguiente apartado.

En toda Reclamación a través de Pago Directo, el Deducible y Coaseguro serán los estipulados en la caratula de la Póliza. A excepción de lo establecido en la cobertura de Nariz y senos paranasales, en la que se aplicará el Deducible establecido en dicha cobertura.

Pago Vía Reembolso

Cuando el Asegurado no haya hecho uso de los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul o su Siniestro haya ocurrido durante el periodo de gracia, las reclamaciones que resulten cubiertas en los términos del presente Contrato de Seguro serán pagaderas, vía Reembolso, en las oficinas de la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas que fundamenten la Reclamación que la Compañía haya solicitado.

Todas las reclamaciones cubiertas por la Compañía podrán ser liquidadas al Contratante de la Póliza o a cualquiera de los Asegurados que acredite haber hecho el pago de los gastos, siempre que sea mayor de Edad.

En caso de que el Asegurado que haya hecho el pago de los gastos médicos falleciera antes de que la Compañía realice la indemnización correspondiente, el pago procedente se efectuará a la Sucesión de dicho Asegurado.

En caso de Enfermedad, cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- i. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.
- ii. A la cantidad resultante se descontará primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo con el porcentaje máximo establecido en la carátula de la Póliza.
- iii. En caso de que el Asegurado no se haya atendido con Médicos y/o Hospitales de los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul y sea ingresado a consecuencia de un Accidente o por una Urgencia Médica, el Deducible y el Coaseguro que se aplicarán serán los contratados para Enfermedad de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza para el concepto de Reembolso.
- iv. El Deducible, el Coaseguro, así como los límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Enfermedad cubierta.

En el caso de Accidentes cubiertos no aplicará Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando se atiendan en el Nivel Hospitalario contratado y con proveedores de los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul, siempre y cuando el gasto supere el Deducible contratado.

22. Indemnización por mora

Si la Compañía no cumple con su obligación de pago dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones solicitados por ésta, que le permitan conocer el fundamento de la Reclamación, pagará un interés moratorio calculado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y que se transcribe textualmente a continuación.

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- i. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan

a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- ii. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- iii. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- iv. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- v. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado

la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

- vi. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- vii. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- viii. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior,

por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

ix. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1,000 a 15,000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

23. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía 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. 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 cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

24. Revisión de Diagnóstico

En caso de que el Asegurado no se encuentre conforme con el diagnóstico emitido por el Médico, podrá solicitar una segunda opinión médica, con

la finalidad de apoyar y/o corroborar el diagnóstico de cualquier Enfermedad o Accidente cubierto, así como su respectivo tratamiento y/o procedimiento quirúrgico por medio de Médicos Especialistas de los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul, el cual podrá participar en la atención médica del Asegurado. El Contratante y/o Asegurado podrá elegir el Médico Especialista del directorio médico de los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul libremente.

25. Segunda valoración médica

La Compañía podrá solicitar una segunda valoración médica, con la cual se confirma o modifica el diagnóstico y/o procedimiento que permita valorar los hechos relacionados con el Padecimiento reclamado. Esta valoración se efectuará por medio de un Médico Especialista en la materia correspondiente, que no participe en forma alguna en la atención médica del Asegurado y elegido por la Compañía del directorio de Médicos de segunda valoración. El costo de dicha valoración quedará cubierto por la Compañía.

Los procedimientos y/o tratamientos que pueden estar sujetos a una Segunda Valoración Médica requerida por la Compañía son:

i.Traumatología y ortopedia:

1. Lesiones de rodilla.
2. Lesiones de columna.
3. Hernias de disco intervertebral.
4. Lesiones de hombro.
5. Sesiones de fisioterapia en general.

ii.Otorrinolaringología, tales como:

Cirugía funcional contra estética por Padecimientos de nariz y senos paranasales.

iii.Cirugía general, tales como:

1. Hernias abdominales.
2. Hernias inguinales.

26. Acuerdo de Arbitraje Médico

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su Reclamación por parte de la Compañía, solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un Médico independiente, con especialidad en el área de medicina a la que le corresponde tratar la Enfermedad preexistente, quien fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, determine si los gastos médicos que motivan la Reclamación del Asegurado derivan o no de un Padecimiento preexistente. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo al procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

27. Revelación de comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

28. Notificaciones

Cualquier Reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse por escrito a la Compañía, precisamente al domicilio de sus oficinas. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante o Asegurados se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

29. Entrega de documentación contractual

La documentación contractual correspondiente al seguro contratado se entregará al Contratante en papel impreso, salvo previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante para su entrega en formato PDF (*portable document format*), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea.

30. Uso de medios electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones) para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por la Compañía para verificar la identidad del usuario y su facultad para realizar operaciones electrónicas.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet: www.segurossura.com.mx/legales/uso-de-medios-electronicos

La Compañía solicitará al Contratante y/o Asegurado, al momento de la contratación del seguro y/o del uso de medios electrónicos, a través de las herramientas disponibles, una dirección de correo electrónico, a fin de enviarle notificaciones derivadas de dicha contratación y/o modificación de operaciones y servicios previamente contratados.

Terminación del Contrato de Seguro a través de medios electrónicos

Este seguro estará en vigor hasta el día en que termine su vigencia, fecha que se encuentra estipulada en la carátula de la Póliza.

No obstante, lo anterior, el Contratante y/o Asegurado lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- i. Llamar al número telefónico de la Compañía.
- ii. Brindar la información que le sea requerida por la persona que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la Póliza y la identidad del cliente.

- iii. Deberá enviar la solicitud de terminación anticipada firmada de su puño y letra, acompañada de copia simple de una identificación oficial vigente. El envío deberá realizarse al correo electrónico que se le proporcione en la llamada.
- iv. Una vez que el Contratante y/o Asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico de la Compañía, en dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos

La Compañía entregará al Contratante y/o Asegurado, a través del medio elegido por este último, todos los documentos donde consten sus derechos y obligaciones derivadas de este Contrato de Seguro, por cualquiera de las siguientes opciones:

- i. De manera personal, al momento de contratar el Seguro;
- ii. A través de correo electrónico, en este caso el Contratante y/o Asegurado deberá otorgar su consentimiento por escrito para recibir la documentación a través de la dirección del correo electrónico que designe para tal efecto.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba dentro de los 30 días siguientes a la contratación los documentos que integran este Contrato de Seguro, deberá comunicarse al número telefónico de la Compañía, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el Contratante y/o Asegurado, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

31. Cambio de plan

Cuando el Contratante solicite el cambio de este seguro de gastos médicos por otro plan con esta misma Compañía, los beneficios adquiridos por la antigüedad de la Póliza anterior, no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

Lo anterior, en el entendido de que, si el Contratante al cambiar su plan de seguro solicita modificaciones a los beneficios o incrementos de Suma Asegurada, la Compañía podrá llevar a cabo el procedimiento de suscripción que considere necesario.

Si los cambios en la Póliza corresponden a los conceptos de Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul se continuará pagando los gastos procedentes de los Siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la Enfermedad y/o Accidente cubierto con las condiciones de Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas Ala Azul y Deducible, Coaseguro mayores de ambos planes.

32. Territorialidad

La presente Póliza otorga cobertura respecto a los gastos erogados únicamente dentro de la República Mexicana.

33. Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul

Para consultarlos, ingrese a <https://www.segurossura.com.mx/red-medica/>

VI. MARCO LEGAL

Las leyes y artículos citados en este Contrato de Seguro podrán ser consultados en www.segurossura.com.mx/glosario

Para cualquier consulta, reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México; con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas.

Teléfono: 55 5723 7912.

Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Página web: www.segurossura.com.mx

Así mismo, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, alcaldía Benito Juárez, C.P 03100, Ciudad de México o en cualquiera de sus delegaciones.

Teléfonos: 55 5340 0999 u 800 999 8080.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Página web: www.gob.mx/condusef

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0010-0415-2022/CONDUSEF-003570-12, RESP-S0010-0023-2022 con fecha 05 de diciembre de 2022.

Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



[segurossura.com.mx](https://www.segurossura.com.mx)

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía
Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.