



HOSPITAL CASH

Operado por:



ace seguros

INSURANCE SERVICES






ÍNDICE

CONTRATO	2
DEFINICIONES	2
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	4
EXCLUSIONES	6
CANCELACIÓN	7
CLÁUSULAS GENERALES	7
a. SUMA ASEGURADA	7
b. LÍMITE TERRITORIAL	7
c. RESIDENCIA	7
d. BENEFICIARIOS	7
e. SINIESTROS	7
f. AVISO	8
g. PRUEBAS	8
h. FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE	9
i. COMPETENCIA	9
j. COMUNICACIONES	9
k. PRIMA	9
l. DEDUCCIONES	10
m. REHABILITACIÓN	10
n. PERIODO DE GRACIA	10
o. EDAD	10
p. MONEDA	11
q. PRESCRIPCIÓN	11
r. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	11
s. INDEMNIZACIÓN POR MORA	11
t. LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	12
u. MODIFICACIONES	12
v. MEDIOS DE CONTRATACIÓN	12
w. TERMINACIÓN ANTICIPADA. CLÁUSULA OFAC	13
x. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES	13
y. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	13
(DISPOSICIÓN 4.11.2 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS)	
z. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	14
ANEXO 1. CONDICIONES GENERALES SERVICIOS DE ASISTENCIA	14
CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	22
FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS	22
Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	
FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS	23
Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE VIDA	



CONDICIONES GENERALES SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD

CONTRATO

Estas condiciones generales, la Póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

El objeto del presente Contrato es cubrir la Hospitalización y Gastos Funerarios para el Asegurado en territorio nacional y en el extranjero y durante la vigencia de esta cobertura, con excepción de los Servicios de Asistencia, los cuales solamente se prestarán en territorio nacional.

DEFINICIONES

Para los efectos del presente Contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Abuso en el consumo de drogas: El consumo de cualquier droga u otra preparación de adicción, a menos que se haga de conformidad con una receta preparada y emitida por un médico autorizado.

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que requiera la hospitalización del Asegurado dentro de los primeros noventa (90) días siguientes de la fecha en que ocurrió el acontecimiento, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza.

No incluye enfermedad o cualquier condición o proceso degenerativo o natural.

No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Accidente en transporte público: Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con boleto pagado en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros. Se entiende por transporte público a todo vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

Asegurado: Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato. Bajo esta Póliza quedarán amparados tanto el Asegurado Titular como los Dependientes Económicos del mismo que se hayan asentado expresamente en la Carátula de la Póliza.

Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro. Para efectos del

presente contrato, el beneficiario podrá ser el propio Asegurado.

Cirugía Programada: Operación quirúrgica realizada con el objetivo de curar las enfermedades, con fecha y hora programada para llevar a cabo la misma.

Compañía: ACE Seguros, S.A.

Causa relacionada: Cualquier situación médica considerada médicamente como un causa subyacente de, o directamente atribuible a la enfermedad para la que se busca el tratamiento.

Check Up: El Check Up es un examen clínico preventivo que permite la detección oportuna de aspectos vulnerables en el organismo para establecer las medidas a seguir y evitar posibles enfermedades o complicaciones.

Condición Médica: Cualquier enfermedad o lesión que este Contrato no excluya.

Condición o Padecimiento Preexistente: Se entenderá por condición y/o padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

1. La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho

padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.
Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
3. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.
4. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 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, el cual vinculará al Asegurado 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 arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. 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.

Contratante: Es aquella persona moral ó física (mayor de dieciocho (18) años) que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

Daño corporal: Se refiere a una lesión sufrida accidentalmente por un Asegurado.

Dependencia al consumo de drogas: Un estado mental o físico que haya sido originado directa o indirectamente por, o esté en vías de relacionarse con el consumo de una ó más drogas o cualquier preparación adictiva y que se manifieste en síntomas que incluyen un estado compulsivo por consumir esas drogas o preparación adictiva o en una base continua o periódica.

Dependientes Económicos: Se consideran al Asegurado Titular, el (la) esposo(a) o concubino(a) del Asegurado Titular y cualquiera de sus hijos que estén dentro de los límites establecidos en la cláusula de Edad de estas condiciones generales y que aparezcan expresamente mencionados en la carátula de la Póliza.

Día de hospitalización: Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

Endoso: Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

Enfermedad: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, diagnosticada por un Médico con cédula profesional, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

Fecha de inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

Fecha de Renovación: La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para este Producto en la fecha de renovación respectiva.



Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las veinticuatro (24) horas del día y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado. No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o sanatorio, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria de algún accidente, enfermedad, lesión corporal o cirugía programada.

Hospitalizaciones recurrentes: Cobertura por internación en el Hospital derivada de las mismas causas que dieron origen a una Hospitalización previa, o bien, por causas que estén relacionadas con la misma, en las cuáles el beneficio ya fue pagado por el plan. Para estos efectos, la nueva Hospitalización se considerará como una continuación de la Hospitalización original.

- i. Dicha Hospitalización se considerará que ha ocurrido durante el mismo periodo de enfermedad o es el resultado de la misma lesión a los efectos de determinar el periodo máximo de beneficios y el beneficio máximo pagable bajo esta Póliza.
- ii. Hospitalizaciones separadas por un periodo de doce (12) meses o más, serán consideradas como una internación hospitalaria independiente a los efectos de determinar el periodo máximo de beneficio pagable y el beneficio máximo pagable.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge de los Beneficiarios de este seguro.

Padecimiento Congénito: Se entiende como congénito el padecimiento o enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

Pasajero: Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

Perito Médico: Médico especialista certificado por el Consejo correspondiente o por alguna autoridad o cualquier persona física, moral o institución que la Compañía considere competente para realizar esta actividad.

Póliza: Es el testimonio del contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, el cual se integra por la Póliza, sus endosos, anexos, la solicitud del seguro y cualquier otro cuestionario firmado por el Contratante y/o Asegurado relacionado con la apreciación del estado de salud del Asegurado.

Prima Neta: Se define como prima neta a la cantidad a cargo del Contratante antes de impuestos, derechos o recargos que sean aplicables y que estén claramente especificados en la carátula de la Póliza. El importe correspondiente a la Prima Neta vendrá en todo caso especificado también en la Carátula de la Póliza.

Reclamación: Significará el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de Accidente ó Enfermedad que derive en Hospitalización.

Síndrome de dependencia al alcohol: El estado mental o físico que haya sido originado directa o indirectamente por, o esté en cualquier vía relacionado a la ingestión de bebidas alcohólicas y que se manifieste en síntomas que produzcan un estado compulsivo por ingerir alcohol en una forma continua o periódica.

Suma asegurada: cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza. El límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado para cada cobertura, se determinará de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada.

Transporte Público: Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

En caso de que durante la vigencia de esta Póliza ocurra alguno de los eventos amparados por la misma, la Compañía pagará la indemnización que corresponda de acuerdo al beneficio contratado y sin exceder el límite de suma asegurada que se especifique para cada cobertura en la carátula de la Póliza, de conformidad con lo siguiente:

Este producto estará integrado por un paquete que incluye las siguientes coberturas:

1. Coberturas por Renta Diaria por Hospitalización

1.1. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad, con un

límite de seis (6) días. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado.

1.2. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Accidente, con un límite de seis (6) días. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado.

1.3. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente en Transporte Público

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado, con un límite de seis (6) días, como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encontrare viajando en un Transporte Público como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado.

2. Coberturas por Suma Asegurada por Hospitalización

2.1. Suma Asegurada por Hospitalización por Enfermedad

Si el Asegurado permaneciera hospitalizado más de seis (6) días ininterrumpidos como consecuencia de una Enfermedad, la Compañía le otorgará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

2.2. Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente

Si el Asegurado permaneciera hospitalizado más de seis (6) días ininterrumpidos como consecuencia de un Accidente, la Compañía le otorgará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

2.3. Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente en Transporte Público

Si el Asegurado permaneciera hospitalizado más de seis (6) días ininterrumpidos como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encontrare viajando en un Transporte Público como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo, la Compañía le otorgará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3. Cobertura por Gastos Funerarios

Si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado fallece mientras esté hospitalizado como consecuencia de la Enfermedad, Accidente o Accidente en Transporte Público cubiertos por esta Póliza, la Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para cubrir sus Gastos Funerarios, siempre y cuando, la Compañía reciba las pruebas de fallecimiento del Asegurado y haya transcurrido por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado.

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura para los Asegurados menores de doce (12) años estará topada a un máximo de sesenta (60) veces el Salario Mínimo mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro.

4. Beneficio Adicional de Check Up anual a partir de la primera renovación de la Póliza

La Compañía otorgará a cada Asegurado el Beneficio Adicional de un Check Up anual a partir de la primera renovación de la Póliza, el cual podrá hacer válido dentro de los primeros dos (2) meses siguientes al aniversario de la misma, siempre y cuando haya pagado ininterrumpidamente las primas mensuales contratadas. Este beneficio de Check Up se otorgará siempre y cuando la Póliza esté vigente en el momento de su realización.

Este beneficio de Check Up considera única y exclusivamente los siguientes estudios y exámenes:

Exámenes de Laboratorio:

Examen General de Orina, Química Sanguínea, Biometría Hemática, Electrolitos Séricos, Coproparasitoscópico, Papanicolaou, Antígeno Prostático, Perfil de Lípidos, Perfil Hepático, Colposcopia.

Estudios de Imagenología:

Teleradiografía de tórax, Ultrasonido abdominal y pélvico, Mastografía, Densitometría Ósea.

Otros Estudios de Gabinete:

Prueba de Esfuerzo, Electrocardiograma, Audiometría, pruebas de agudeza visual.

5. Servicios de Asistencia

La Compañía, a través del proveedor de servicios contratado, será responsable de los Servicios de Asistencia mencionados en el "Anexo 1" de estas condiciones generales.



La Compañía será responsable del pago de la indemnización correspondiente a las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización y de Suma Asegurada por Hospitalización, hasta el límite de suma asegurada establecido en la carátula de la Póliza, aún y cuando se presenten hospitalizaciones posteriores.

EXCLUSIONES

• COBERTURA POR GASTOS FUNERARIOS:

Fallecimiento como consecuencia de intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- Fallecimiento como consecuencia de una condición o enfermedad preexistente.

• COBERTURAS POR HOSPITALIZACIÓN:

La Compañía no será responsable del pago de indemnización alguna cuando la Hospitalización sea a consecuencia de lo siguiente:

a) SIDA y VIH: cualquier hospitalización que resulte o se relacione, directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:

- i. Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- ii. Cualquier enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con las infecciones citadas en el punto anterior.

b) Aviación: lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.

c) Alcohol y Drogas: cualquier hospitalización originada por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes. Tampoco se cubrirá Hospitalización alguna que provenga de algún síndrome de Dependencia Alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa

subyacente o directamente atribuible a un síndrome de Dependencia Alcohólica.

d) Maternidad y sus complicaciones.

e) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.

f) Tratamientos ambulatorios.

g) Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante su hospitalización.

h) Tratamiento dental: cualquier trabajo o tratamiento dental (incluyendo cirugía dental) y extracción de dientes y/o muelas.

i) Actividades peligrosas: cualquier hospitalización que sea causada por participar en actividades peligrosas: montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, marcamiento de ritmo, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.

j) Nuclear: contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.

k) Condiciones o padecimientos preexistentes.

l) Carreras: por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.

m) Curas de reposo y medidas preventivas: cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.

- n) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- o) **Tratamiento no recomendado por un médico: cualquier hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un médico matriculado, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia, hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.**
- p) **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- q) **Variaciones de peso: obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**

CANCELACIÓN

Esta Póliza se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.
- Por el fallecimiento del Asegurado.
- Si el Asegurado titular cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- Por falta de pago de las primas, habiendo transcurrido el periodo de gracia.
- Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- Cuando a petición de cualquiera de las partes, la Póliza no sea renovada.

CLÁUSULAS GENERALES

SUMA ASEGURADA

La indemnización procedente al amparo de esta Póliza, se realizará de conformidad a lo indicado en la carátula según elección del Contratante.

LÍMITE TERRITORIAL

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir hospitalizaciones que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y el extranjero, con excepción de los Servicios de Asistencia, los cuales solamente se prestarán en territorio nacional.

RESIDENCIA

Solo estarán protegidos bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

SINIESTROS

Tan pronto como el Asegurado o cualesquiera de sus beneficiarios, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía. El asegurado o el beneficiario gozarán al efecto de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso que deberá ser por escrito. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.



En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía la forma de declaración que para tal efecto se le proporcione, así como todos los documentos médicos relacionados con la hospitalización reclamada. En caso de siniestro, el Asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

PARA LAS COBERTURAS DE HOSPITALIZACIÓN:

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Informe médico que indique fecha de inicio de signos y síntomas del padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
3. Nota de primera atención por el padecimiento que motiva la hospitalización, que indique mecanismo de lesión, condiciones clínicas al ingreso a la unidad en que recibió la atención, diagnóstico y tratamiento, firmada por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
4. Historia clínica completa que refiera a detalle antecedentes personales patológicos y evolución del padecimiento, firmada por el médico que elabora y con los datos generales del mismo.
5. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del hospital.
6. Interpretación médica de todos los estudios realizados.
7. Identificación oficial vigente.
8. Actuaciones ministeriales y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
9. Estudios médicos en original.
10. Factura emitida por el hospital derivada del evento que se reclama, con desglose de gastos generados por la hospitalización.
11. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
12. Boleto pagado a nombre del Asegurado e informe de la línea de transporte (en caso de accidente en transporte público).

PARA LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS:

1. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
2. Copia del acta de nacimiento del Asegurado afectado.
3. Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (credencial de elector, cédula profesional o pasaporte).
4. Constancia de hospitalización, que indique fecha y horas exactas que el Asegurado permaneció hospitalizado.

5. Historia clínica que indique antecedentes personales, patológicos y evolución del padecimiento.
6. Actuaciones ministeriales completas y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.

PARA LA COBERTURA DE CHECK UP ANUAL:

1. Carta reclamación (donde el Asegurado realice formalmente la solicitud del pago del beneficio, indicando nombre, número de Póliza, dirección, teléfono, ocupación, beneficio y monto reclamado).
2. Factura original correspondiente al Check Up que se reclama, con desglose de la misma que indique precio por cada estudio realizado. En caso de ser digital, debe contener cadena original y podrá ser enviada por correo electrónico.
3. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado y del beneficiario que contengan foto y firma (IFE, pasaporte o cédula profesional).
4. Copia de resultado de los estudios realizados.

En caso de no cumplirse estos requisitos la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante, Asegurado y/o cualquiera de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de Asistencia cualquier obligación.

AVISO

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a La Compañía de Asistencia dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

PRUEBAS

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) Si el Asegurado y/o cualquiera de sus beneficiarios o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- b) Si con igual propósito, no entregan el tiempo a la Compañía, la documentación a que se refiere la cláusula de Siniestros de estas condiciones generales.
- c) Si hubiera en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Asegurado.
- d) Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a ASEGURADOS de la Compañía o a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los ASEGURADOS de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al ASEGURADOS de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de ACE Seguros, S.A. (UNE):

Av. Paseo de la Reforma 250, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Teléfono: 01 800 223 2001

Correo electrónico: aceune@chubb.com

Horarios de atención:

Lunes a jueves de 9:00 a 17:30 hrs., viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

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

Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.

Usted puede conocer las oficinas de atención en el resto del país en la siguiente página de internet:

www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Teléfonos:

En la Ciudad de México: (55) 5340 0999

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de la Compañía en su domicilio. Las que se dirijan al Contratante y/o asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

PRIMA

La prima a cargo del Contratante y/o Asegurado vence en el momento de la celebración del contrato y será calculada con base en la frecuencia y severidad que presenten las coberturas. Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, y se aplicará la tasa de financiamiento determinada por la Compañía a la fecha de expedición de la Póliza, la cual se dará a conocer por escrito al Asegurado.

El contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o de cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia, si el contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

En caso de siniestro, La Compañía de Asistencia dará de la indemnización debida el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

En caso que el pago de primas se realice mediante cargo a cuenta y/o tarjeta (de débito o crédito), el estado de cuenta bancario respectivo acreditará el pago realizado, salvo prueba en contrario. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas no imputables a la Compañía, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

Después de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, la prima puede ser actualizada, únicamente a la renovación de la misma, de acuerdo a la frecuencia y severidad presentadas, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



DEDUCCIONES

Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de Prima de estas Condiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro, se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y La Compañía de Asistenciavolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente, y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. En ningún caso, la Compañía responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

PERIODO DE GRACIA

El cargo de la prima a la cuenta del Contratante se hará en la fecha de inicio de cada periodo de pago pactado y en caso de que la cuenta no tenga fondos o línea de crédito suficientes, la Compañía intentará hacer el cargo diariamente hasta treinta días naturales después de dicha fecha, que es el periodo de gracia al que tiene derecho el Contratante y/o asegurado titular, continuando en vigor el contrato durante ese lapso de tiempo.

Si dentro del periodo de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el contrato, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente deduciendo la prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiese sido pagada.

Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este contrato.

EDAD

La edad máxima del Asegurado para la contratación del presente seguro, es de sesenta y cinco (65) años de edad y la mínima será de dieciocho (18) años. La renovación será hasta los setenta (70) años.

Para hijos dependientes económicos la edad para ser beneficiario al amparo de esta Póliza es de tres (3) meses de edad a dieciséis (16) años; adicionalmente también estarán cubiertos los hijos en un rango de dieciséis (16) a veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del contrato de seguro o con posterioridad y después de recibirlas no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada en la solicitud de seguro fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la reserva matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera 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 hubiera pagado 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 pagada y la Prima correspondiente a 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 edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción 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 rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

MONEDA

El producto estará denominado en dólares de los Estados Unidos de América y tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al día en que sea exigible la obligación.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida
- II.- En dos años, en los demás casos

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al ASEGURADO de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta Compañía.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Este contrato será renovable automáticamente por periodos de un (1) año y, de existir el mismo plan, en los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad, en cuyo caso la Póliza no se renovará; de igual forma aplicará para el cónyuge. Para los hijos, la renovación se realizará anualmente hasta el aniversario inmediato posterior en que éstos cumplan veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean dependientes económicos del Asegurado titular, sean solteros, no perciban ingreso económico propio y vivan con el titular de la Póliza.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará con treinta (30) días de anticipación, cuáles son las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas.

En este caso, la Compañía se obliga a:

- **Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará para dicha renovación**
- **Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes**

La Compañía puede rehusarse a renovar o puede cancelar o modificar la Póliza en cualquier momento, no obstante cualquier otra disposición de este contrato si:

- a) Los beneficiarios que no hayan actuado de buena fe, engañado a la Compañía o a cualquier otra aseguradora al esconder actos fraudulentos o violando términos de esta Póliza
- b) El Asegurado titular deja de residir en los Estados Unidos Mexicanos
- c) La Compañía cancela el tipo de plan a que está sujeto el Asegurado, sin que se afecte la vigencia de la última Póliza contratada

La renovación se llevará a cabo sin requisitos de asegurabilidad y tanto el Asegurado como la Compañía podrán solicitar la no renovación del seguro mediante notificación por escrito efectuada con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporte plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley



sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Ley sobre el Contrato de Seguro Artículo 71.-“El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. 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. ...

III. ...

- 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;
...”*

LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía hará el pago de la indemnización en sus oficinas en el curso de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la Cláusula de Siniestros de estas Condiciones Generales.

MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

MEDIOS DE CONTRATACIÓN

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el Asegurado corrobore que ha proporcionado a la Compañía la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva. El Asegurado es responsable de proporcionar la información descrita, y de los fines para los cuales se utilice dicha información.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a) Teléfono

- b) Correo
- c) Internet
- d) Fax
- e) Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Compañía.

TERMINACIÓN ANTICIPADA. CLÁUSULA OFAC

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Compañía rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

Asimismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

Autorización Gastos Médicos:

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 08 de octubre de 2014, con el número CGEN-S0039-0136-2014.**

Autorización Vida:

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 23 de noviembre de 2011, con el número CGEN-S0039-0271-2011.

COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

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. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (DISPOSICIÓN 4.11.2 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS)

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía está obligada, en los contratos de adhesión que celebren bajo la comercialización a través de Medios Electrónicos, o de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y 103, fracciones I y II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, a hacer del conocimiento del contratante o Asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

- a. La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:
 - a) Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Asegurado.
 - b) De manera personal al momento de contratar el seguro.

En caso de que el Asegurado no cuente con correo electrónico o que por cualquier motivo no se pueda hacer la entrega de la documentación contractual por esta vía, el medio alternativo para su entrega será el envío a domicilio, por los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

La forma en que se hará constar la entrega de la Póliza al Asegurado será a través del siguiente procedimiento:

- Cuando la entrega de la Póliza se realice vía correo electrónico, en el mismo correo electrónico se incluirá un mecanismo de confirmación de



entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Asegurado recibió la Póliza.

- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Asegurado firmará un documento de acuse de recibo.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice a través de envío a domicilio, la encargada de distribuir y hacer entrega de las Pólizas a cada Asegurado será la empresa que la Compañía tiene contratada especialmente para dicho fin, quien de manera mensual le hará llegar a la Compañía un listado con la información referente a las Pólizas que efectivamente fueron entregadas durante el mes inmediato anterior.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y podrá ser consultada, adicionalmente, a través de la siguiente página de Internet:

<http://www.acegroup.com/mx-es/condiciones-generales/>

- b. Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **01 800 911 AMEX (2639)** en el D.F. o resto de la república, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c. Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
 - i. Llamar al **01 800 911 AMEX (2639)** en el D.F. o resto de la república;
 - ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente;
 - iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;
 - iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **01 800 911 AMEX (2639)** en el D.F. o resto de la república para confirmar la

recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

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 06 de junio de 2016, con el número RESP-S0039-0152-2016.

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 03 de junio de 2016, con el número RESP-S0039-0151-2016.

**“ANEXO 1”
CONDICIONES GENERALES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA**

ACE Seguros, S.A., en lo sucesivo La Compañía, será responsable frente al Asegurado por los servicios de asistencia prestados por La Compañía de Asistencia contratada para tal efecto (La Compañía de Asistencia) señalados en este Anexo 1, bajo los términos y condiciones establecidos en el mismo.

Se proporcionará al ASEGURADO, los beneficios de su programa de asistencia Hospital Cash (kilómetro cero), el cual consiste en la prestación de los servicios que se enumeran a continuación, partiendo desde su domicilio personal y hasta cualquier lugar dentro del territorio república mexicana.

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

1.1. DEFINICIONES:

- a) ASEGURADO: Toda persona a quien se le prestará los Servicios descritos en el presente Anexo.
- b) Servicios: Los Servicios Asistenciales que proporciona Iké Asistencia (en adelante la Compañía de Asistencia) a los Asegurados en los términos del presente Anexo, para los casos de Situación de

Asistencia del ASEGURADO.

- c) Coordinador: Persona que forma parte de la Cabina de Atención Telefónica.
- d) Situación de Asistencia: Todo accidente o enfermedad de un ASEGURADO ocurridos en los términos y con las limitaciones establecidas en el presente Anexo, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los Servicios.
- e) Enfermedad grave: Se define como la aparición súbita e inesperada de manifestaciones con o sin pérdida de la conciencia cuya gravedad en opinión del ASEGURADO, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.
- f) Urgencia: Toda situación que en opinión del ASEGURADO, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.
- g) Emergencia: Definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.
- h) Referencias con descuento: Todo aquella información o dato proporcionado al ASEGURADO, de la red de proveedores médicos de La Compañía de Asistencia, el cual les dará un descuento o costo preferencial.
- i) Especialistas: Persona que práctica una rama determinada de una ciencia.
- j) Cabina de Atención Telefónica: Espacio físico en donde los Coordinadores atienden a los Asegurados para proporcionarles ciertos Servicios.

1.2. TERRITORIALIDAD

Los Servicios se proporcionarán únicamente en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

1.3. VIGENCIA

Todos los Servicios de Asistencia para el ASEGURADO tendrán una vigencia de un año, contada a partir del día en que adquieran el (los) servicio(s).

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA:

2.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Cuando el ASEGURADO necesite asistencia médica, el equipo médico de La Compañía de Asistencia, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso, sin emitir un diagnóstico. A solicitud del ASEGURADO y con cargo al mismo, el equipo médico de La Compañía de Asistencia dispondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea: (i) mediante la visita a domicilio de un médico o (ii) concertando una cita con un médico en su

consultorio o en un centro hospitalario.

La Compañía de Asistencia proporcionará previa solicitud del ASEGURADO, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patente, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el VADEMÉCUM.

Todos los gastos que se originen serán a cargo del ASEGURADO y de La Compañía de Asistencia no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de cualquier compañía referida.

2.2. MÉDICO A DOMICILIO POR EMERGENCIA

Cuando el ASEGURADO no pueda trasladarse por sus propios medios a consulta médica y la situación pueda resolverse en domicilio por un Médico General sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un Médico a domicilio sujeto a valoración médica y disponibilidad de la red médica de La Compañía de Asistencia en las principales ciudades y localidades de la república mexicana. En los demás lugares, de La Compañía de Asistencia hará lo posible por ayudar al ASEGURADO a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad.

Servicio limitado a 2 eventos anuales / sin costo.

2.3. CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Cuando el ASEGURADO necesite la atención del especialista, el equipo Médico dispondrá de los medios necesarios para la obtención de un Diagnóstico a través de una cita con un médico en su consultorio o en un Centro hospitalario.

1 evento anual, sin costo.

2.4. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE Y/O AÉREO

La Compañía de Asistencia cubrirá los gastos del traslado del ASEGURADO en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario elegido por éste en la ciudad donde se encuentre, siempre y cuando se trate de un servicio de emergencia. Servicio sin límite de eventos.

2.4.1. AMBULANCIA AÉREA EN CASO DE EMERGENCIA.

En caso de que en cualquier parte de la República Mexicana el ASEGURADO sufra una enfermedad grave o accidente tal, que el equipo médico de La Compañía de Asistencia recomiende su hospitalización, la Compañía, a través de La Compañía de Asistencia, organizará y cubrirá el costo del traslado aéreo al centro hospitalario más cercano o apropiado. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado bajo supervisión médica. La coordinación tiene que estar a cargo de



la cabina de La Compañía de Asistencia. Servicio sin límite de eventos.

CONDICIONES GENERALES PARA TRASLADO AÉREO

Se entiende como traslado médico aéreo al movimiento del lesionado por medio de aeronave de ala fija (ambulancia aérea o avión de línea comercial), con la finalidad de trasladarlo al Centro Hospitalario que cuente con el recurso necesario para brindar la atención derivada de la emergencia y estabilizarlo, impidiendo el que corra peligro su vida o la función de algún órgano. Lo anterior derivado de un accidente o enfermedad repentina grave.

El servicio procede siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones.

- 1) **UBICACIÓN DEL PACIENTE.** El traslado aéreo se llevará a cabo, siempre y cuando en la localidad en donde se encuentre, no se tenga la infraestructura mínima para atención médica y se requiera el desplazamiento a otra localidad que sí cuente con todos los recursos físicos y personal médico requerido según el caso.
- 2) **ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN DE VUELO.** Si las condiciones del paciente permiten el trasladado por vía aérea, el médico tratante deberá de otorgar la autorización de vuelo por escrito. En caso de manejarse como alta voluntaria, el familiar responsable aceptará una nueva valoración por parte de la tripulación médica, quienes determinarán en conjunto con el médico de La Compañía de Asistencia si el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado vía aérea, aceptando la cancelación o reprogramación del vuelo en caso de que así se determine.
- 3) **REPORTE MÉDICO.** EL familiar responsable, médico tratante o representante legal designado, deberá de hacer llegar al equipo médico de La Compañía de Asistencia un reporte médico detallado, especificando los antecedentes del paciente, signos vitales y estado hemodinámico, lesiones o diagnósticos, estado actual, manejo establecido y pronóstico, anexando la autorización de vuelo ya mencionada.
- 4) **FIRMA DE DESLINDE DE RESPONSABILIDADES.** Bajo cualquier circunstancia el mismo paciente, familiar responsable o la persona que sea designada como su representante legal, tienen conocimiento que el traslado se llevará a cabo por medio de una empresa legalmente establecida y constituida, la cual tiene personal médico, paramédico, equipo médico, ambulancias terrestres y

aeronaves especializadas, para asistir y llevar a cabo diversos procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, los cuales; en el proceso general de acciones llevadas a cabo con el objeto de trasladar pacientes en estado crítico y/o estable, están involucrados riesgos, complicaciones, lesiones y/o aún la muerte por causas conocidas y desconocidas.

Tomando en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, el familiar responsable o representante legal deslinda de toda responsabilidad a la Compañía, entendiendo, asumiendo y aceptando los riesgos y complicaciones derivadas del traslado del paciente, para lo cual, firman la carta de conocimiento y deslinde en el formato correspondiente.

- 5) **HOSPITAL DESTINO.** Si a criterio del médico de La Compañía de Asistencia y con previo análisis del reporte médico; el hospital, clínica o localidad en donde se encuentra el paciente no cuentan con la infraestructura mínima para atender la emergencia que pudiese poner en peligro su vida o función de algún órgano, el traslado se realizará al hospital o clínica de la localidad más cercana que sí cuente con todos los recursos necesarios.

El traslado aéreo aplica cuando por la distancia del hospital destino y/o condición médica del paciente, no pueda llevarse a cabo por vía terrestre y que a criterio del médico de La Compañía de Asistencia sea absolutamente imprescindible.

- 6) **PROGRAMACIÓN DE VUELO.** El ASEGURADO acepta que todo traslado aéreo cumple con un itinerario y programación de vuelo, el cual está sujeto a la evaluación de los puntos mencionados anteriormente y con un análisis detallado por parte del equipo médico de La Compañía de Asistencia y el proveedor contratado. Se agrega además la disponibilidad de la aeronave, tiempos de despegue, tiempos de vuelo, escalas, autonomía de la aeronave, condiciones meteorológicas, existencia, disponibilidad y apertura de aeropuertos, pistas de aterrizaje, helipuertos cercanos, trámites y permisos ante autoridades aduanales y aeroportuarias.
- 7) **TRASLADO EN LÍNEA COMERCIAL CON ESCOLTA MÉDICA.** En éste caso, el traslado está sujeto a disponibilidad de vuelos y autorización por parte de la aerolínea, pudiendo otorgarse una escolta médica para que asista y acompañe al paciente durante el vuelo y hasta

el hospital destino, siempre y cuando las condiciones y estado médico lo permitan.

Nota:

El servicio NO procede si la solicitud no cumple con los puntos mencionados anteriormente o si el ASEGURADO, por preferencias personales solicita el traslado por vía aérea a otro lugar distinto del hospital o clínica más cercanos en el que se puedan obtener los servicios y atención médica requeridos o a un destino fuera de la República Mexicana, independientemente de su estado de salud. La Compañía, a través de La Compañía de Asistencia gestionará el traslado, siendo cubierto el gasto directamente por el titular, en pago anticipado y de forma directa al proveedor.

2.5. SERVICIO MÉDICO ESPECIALIZADO | CUIDADOS DOMICILIARIOS

ENFERMERAS

Pago de enfermeras a domicilio por convalecencia post-hospitalaria o por accidente por hasta la mitad de los días que sean necesarios, en horario máximo de 8 horas al día. Es un requisito indispensable presentar resumen médico para justificar el tipo de enfermera a cubrir el servicio. Máximo 30 días totales y días adicionales con costo preferencial el cual el cliente deberá cubrir. Los gastos de transportación, alimentación y hospedaje de la enfermera correrán por cuenta del ASEGURADO.

EQUIPO MÉDICO

Pago de renta de equipo de cuidados domiciliarios por convalecencia post-hospitalaria o accidente por hasta la mitad de los días necesarios. Máximo 14 días totales y días adicionales con costo preferencial. En caso de requerir una cama hospitalaria el costo del colchón corre por cuenta del ASEGURADO. El ASEGURADO deberá de entregar un resumen médico que lo justifique. En caso de no ser así, se puede otorgar el servicio con costo preferencial para el ASEGURADO el cual el cliente deberá cubrir.

MEDICAMENTOS

Medicamentos de patente hasta con 60% de descuento sobre precio máximo al público. No aplica si el medicamento se encuentra en promoción. En el envío a domicilio, en algunas ciudades puede aplicar un costo adicional.

2.6. SEGUNDA OPINIÓN

El servicio SEGUNDA OPINIÓN de telemedicina tiene como objetivo poner en contacto al ASEGURADO con reconocidos especialistas internacionales para obtener una Segunda Opinión médica, información sobre el diagnóstico y métodos terapéuticos disponibles a nivel internacional. La Compañía de Asistencia pondrá a su disposición los recursos

materiales y humanos necesarios para la atención de su padecimiento, con base en las presentes condiciones generales. La Compañía de Asistencia tendrá a disposición del ASEGURADO su línea telefónica para información del servicio, y los pasos a seguir para obtenerlos. Si el ASEGURADO cuenta con expediente médico, se le solicitará que lo envíe al comité médico de La Compañía de Asistencia. Si el ASEGURADO aún no cuenta con expediente médico se le canalizará con un médico especialista de la red nacional de La Compañía de Asistencia. Una vez que La Compañía de Asistencia cuente con el expediente médico se someterá a una evaluación por parte del comité médico de La Compañía de Asistencia para determinar alguna de las dos opciones:

Si el caso NO requiere de una segunda opinión: se le informará por escrito al ASEGURADO y se le proporcionarán recomendaciones y referencias para el seguimiento de su caso, o si el caso del ASEGURADO requiere de una Segunda Opinión se determinará si se hará por medio de Videoconferencia o únicamente enviando y recibiendo información. Una vez que el equipo médico de La Compañía de Asistencia haya determinado si se requiere o no de la Segunda Opinión, se le proporcionarán opciones de médicos especialistas en el extranjero. El ASEGURADO al elegir al médico para su Segunda Opinión, firmará una Carta Consentimiento Informativa y se programará una cita para consulta a través de una Videoconferencia con el médico y/o si envían su expediente médico. Una vez realizada la consulta y/o enviado los papeles el Médico a Distancia, este emitirá su opinión, la cual entregará La Compañía de Asistencia por escrito al ASEGURADO. Si a criterio del médico a distancia el ASEGURADO tiene que regresar a consulta, lo hará las veces que sean necesarias para que tenga una Segunda Opinión. Si el ASEGURADO decide obtener más de una Segunda Opinión La Compañía de Asistencia le facilitará el servicio pero será con costo preferencial para el ASEGURADO.

Servicio sin límite de eventos.

NORMAS GENERALES SEGUNDA OPINIÓN

Este servicio no se brinda como primera opción de diagnóstico, ya que es un servicio que se otorga a ASEGURADOS que ya se han encontrado estudiados y con un diagnóstico final o presuntivo. Para que La Compañía de Asistencia pueda otorgar el servicio SEGUNDA OPINIÓN tendrán que ser casos que puedan esperar mínimo tres semanas, en caso de que el ASEGURADO requiera tomar una determinación respecto a su salud inmediatamente La Compañía de Asistencia no podrá otorgar el servicio. Si el ASEGURADO se encuentra hospitalizado el servicio se podrá otorgar únicamente intercambiando documentos de manera



electrónica, y no se llevará a cabo la Videoconferencia. El servicio de videoconferencia solo se podrá realizar en el consultorio especializado de La Compañía de Asistencia y deberá acudir su médico tratante. El ASEGURADO deberá de presentar su expediente médico completo incluyendo historia clínica completa, seguimiento, estudios de laboratorio y gabinete todos en original. La Compañía de Asistencia y el proveedor de la SEGUNDA OPINIÓN se deslindan de toda responsabilidad en el seguimiento y resultado de las indicaciones que se indiquen ya que como se mencionó es solo una segunda opinión y es responsabilidad del médico tratante y del paciente si toman o no en cuenta las observaciones que realice el médico a distancia. Si el ASEGURADO cae en falsedad de información La Compañía de Asistencia no se hace responsable del servicio. Si el ASEGURADO vive fuera de la Ciudad de México La Compañía de Asistencia se encargará de trasladarlo el día de la Videoconferencia al consultorio de las oficinas de La Compañía de Asistencia, cubriendo el costo de un boleto de avión sencillo clase económica desde el interior de la república mexicana. El comité médico de La Compañía de Asistencia dictaminará el tipo de servicio y de especialista que cada caso requiere.

PRESCRIPCIÓN DE RECLAMACIONES

Cualquier reclamación relativa al servicio SEGUNDA OPINIÓN objeto de estas condiciones generales, deberá de ser presentada a La Compañía de Asistencia, dentro de los noventa días naturales de la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

Todas las solicitudes de servicio emitidas por el ASEGURADO a La Compañía de Asistencia podrán ser grabadas para efectos de calidad en el servicio.

Para el caso de Segunda Opinión el ASEGURADO deberá proporcionar la siguiente información:

1. Su nombre completo y número de Póliza
2. Descripción del caso médico.
3. Indicar el número telefónico donde La Compañía de Asistencia, podrá contactar al ASEGURADO o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
4. Proporcionar los elementos necesarios para la realización del servicio.
5. Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin haber consultado a La Compañía de Asistencia.
6. Dar aviso de cambios de domicilio.
7. El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia tendrán libre acceso a las historias y expedientes clínicos del ASEGURADO para conocer su situación; si tal acceso les es negado La Compañía de Asistencia no

tendrá obligación de prestar el servicio.

8. Proporcionar a La Compañía de Asistencia, cualquier otro documento que le solicite, siempre y cuando sea razonable en términos de ley y caso médico.
9. Acudir a las citas programadas por La Compañía de Asistencia, en caso de que el ASEGURADO no pudiera asistir tendrá que cancelar con 24 horas de anticipación ya que si no se cancela el ASEGURADO será sancionado de modo que no podrá programar otra cita en las siguientes dos semanas.
10. Firmar la Carta Consentimiento Informado antes de recibir el servicio SEGUNDA OPINIÓN.
11. Contar con expediente clínico completo.

2.7. ASISTENCIA DENTAL

A través de una llamada telefónica a la línea de la Compañía de Asistencia, el ASEGURADO recibirá la atención odontológica de los servicios dentales básicos que se señalan a continuación, a través de la red odontológica que la Compañía de Asistencia tenga convenida. Aplica en toda la república mexicana con excepción de Veracruz y Baja California Sur.

- 1 Limpieza Dental Básica Sin Costo al año
- 1 Consulta de Diagnóstico Sin Costo al año
- Adicional a los servicios básicos antes mencionados, en caso de que el ASEGURADO requiera tratamientos odontológicos adicionales, se le otorgarán al ASEGURADO costos preferenciales en los Tratamientos Odontológicos que requiera sin límite de eventos anuales, con cualquiera de los odontólogos que el ASEGURADO elija de la red odontológica de la Compañía

DEFINICIONES DENTALES

Para efectos del presente contrato, las dos partes convienen en definir los siguientes términos como a continuación se expresa:

1. ASEGURADO(s):

Es aquella persona física que se encuentran beneficiados por el presente contrato y cuyos nombres aparecen en la Póliza de Hospital Cash.

2. SERVICIOS:

Los Servicios de Asistencia que se especifican en este apartado, consistentes en:

- 1 Limpieza Dental Básica Sin Costo al año
- 1 Consulta de Diagnóstico Sin Costo al año
- Costos preferenciales en Tratamientos Odontológicos con cualquiera de los odontólogos que el ASEGURADO elija de la red odontológica de la Compañía, sin límite de eventos al año

3. CONSULTA:

Entrevista entre el paciente y el ODONTÓLOGO a fin de lograr un diagnóstico y en su caso, referencia para un Tratamiento Odontológico, que se indica en la historia clínica.

4. DIAGNÓSTICO:

Procedimiento consistente en entrevista, examen físico, pruebas médicas y otros auxiliares orientados a reconocer e identificar el estado de salud dental.

5. EVENTO:

Cada uno de los Servicios de Asistencia amparados por este contrato.

6. HISTORIA CLÍNICA:

Recopilación de los datos generales del paciente, para su expediente personal.

7. HONORARIOS ODONTOLÓGICOS.

Remuneración que obtiene el odontólogo, legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al ASEGURADO.

8. ODONTOLOGÍA:

Rama de la Medicina que estudia las estructuras bucales sanas y sus alteraciones para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

9. ODONTÓLOGO:

Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la odontología.

10. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

Intervenciones que realiza el ODONTÓLOGO de acuerdo con el ASEGURADO con la finalidad de limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de su cavidad bucal.

La Compañía de Asistencia a través de su red de prestadores de servicios odontológicos, otorgará Servicios de Asistencia que se especifican en esta sección. Si la Póliza se cancela, no se otorgarán los servicios después de la fecha de cancelación.

A solicitud del ASEGURADO, La Compañía de Asistencia concertará cita con un ODONTÓLOGO para llevar a cabo la limpieza dental correspondiente y en caso de solicitarlo, se le brindarán referencias de Endodontistas, Cirujanos orales, Ortodoncistas, Periodontistas, etc.

El costo de los servicios derivados de las referencias son con cargo al ASEGURADO.

2.8. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

En caso de que el ASEGURADO lo requiera, los médicos Coordinadores, darán de forma ilimitada los 365 días del año, de 8 de la mañana a 8 de la noche, orientación del siguiente tipo:

a. Suplementos – Se brindará la asesoría que el ASEGURADO requiera sobre distintos tipos de suplementos nutricionales según sus necesidades.

b. Orientación en caso de desórdenes alimenticios – El personal calificado de La Compañía de Asistencia dará la información u orientación que requiera el ASEGURADO sobre síntomas, tratamientos y clínicas especializadas en el tratamiento de este tipo de padecimientos.

- Cálculo del peso ideal y del índice de masa corporal. Los médicos Coordinadores calcularán el Índice de Masa Corporal (IMC) del ASEGURADO y evaluarán si existe algún grado de riesgo. Se le orientará sobre el peso ideal en relación a su edad y actividad física diaria.

- Diseño de dietas y rutinas de ejercicio. Los médicos Coordinadores proporcionarán al ASEGURADO la dieta o rutina de ejercicio que se adapte a sus necesidades y estilo de vida. El médico que atienda dará seguimiento a la evolución del caso en particular, para lo cual se le indicará la fecha y horario para que se comunique el ASEGURADO.

Servicio sin límite de eventos

2.9. ORIENTACIÓN PSICOTELEFÓNICA

En caso de que el ASEGURADO lo requiera, los psicólogos especialistas de La Compañía de Asistencia ofrecerán las 24 horas del día los 365 días del año asesoramiento, consultas y orientación a distancia a problemáticas comunes como: depresión, adicciones, divorcios, violencia, problemas escolares, etc.

La asistencia será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno.

Se orientará al ASEGURADO acerca de las medidas a seguir según requiera el caso remitiéndolo a:

a. Visita al consultorio de un terapeuta.

b. Cita con terapeutas en una clínica o centro hospitalario.

2.9.1 REFERENCIAS PSICOLÓGICAS

El ASEGURADO tendrá derecho a información general acerca de hospitales, grupos de apoyo, terapeutas, clínicas e instituciones médicas de la red de La Compañía de Asistencia a nivel nacional.

El Servicio será otorgado de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico



alguno. La duración de la llamada tendrá un tiempo máximo de 20 minutos por sesión.

Servicio sin límite de eventos.

2.10. REFERENCIAS MÉDICAS

La Compañía de Asistencia proporcionará al ASEGURADO, referencias de médicos, clínicas y hospitales en la república mexicana, pudiendo además, enviar un médico al domicilio del ASEGURADO.

Todos los gastos que se originen serán a cargo del ASEGURADO y La Compañía de Asistencia no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de cualquier compañía referida. Estos servicios son sin límite de eventos.

2.11. DESCUENTOS MÉDICOS

En caso de que el ASEGURADO requiera de un servicio médico a precio preferencial, deberá llamar al Centro de Atención Telefónica de La Compañía de Asistencia, algunos de los cuales se mencionan a continuación:

- Descuento en laboratorio clínico
- Descuentos en farmacias y ópticas
- Descuento en aparatos ortopédicos y auditivos
- Descuento en tratamiento odontológico general
- Descuento en clínicas y hospitales
- Descuentos con médicos especialistas
- Descuentos desde el 5% hasta el 50%, dependiendo del producto

Para el caso de descuentos médicos, el ASEGURADO deberá:

- Indicar el lugar donde se ubica el ASEGURADO del servicio.
- La Compañía de Asistencia le informará sobre los distintos descuentos a aplicar de acuerdo a las necesidades del ASEGURADO así como de los proveedores más cercanos a su domicilio.

2.12. CHECK UP MÉDICO

Los servicios de salud para el ASEGURADO incluyen:

- 1 EGO (Examen General de Orina)
- 1 Químico Sanguínea 12 elementos
- 1 ECG en Reposo (Electro Cardiograma)*

* Por recomendaciones médicas quedan excluidos de este servicio las personas menores de 18 años (si los padres o representantes legales autorizan que se les haga, La Compañía de Asistencia no se hace responsable).

Un Factor RH (análisis de sangre)

Servicios limitados a un evento al año con médicos y laboratorios de la red de La Compañía de Asistencia. Consulta con médico especialista de la red en consultorio.

El ASEGURADO contará con Consulta Médica programadas en consultorio para la interpretación de Check Up. La Compañía de Asistencia proporcionará este servicio en las ciudades principales de la República Mexicana a través de una llamada telefónica a la línea de La Compañía de Asistencia, donde le indicarán los datos del médico más cercano al lugar donde se encuentre, para así concertar una cita. En los demás lugares, La Compañía de Asistencia hará lo posible por ayudar al ASEGURADO a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad. La Compañía de Asistencia no será responsable por la atención, diagnóstico ni prescripción de medicamentos otorgados por los médicos o instituciones médicas. Limitado a 1 evento anual.

Para el caso de Check Up Médico y Factor RH el ASEGURADO deberá:

- Indicar el lugar donde se ubica el ASEGURADO del servicio.
- La Compañía de Asistencia le dará las opciones de laboratorio más cercanas a su domicilio para realizar el servicio.
- La Compañía de Asistencia coordinará día y hora para la realización del servicio y se le dará un número de expediente el cual tendrá que presentar junto con una copia de una identificación oficial y el número de tarjeta.
- Para este servicio no aplica reembolso y solo será otorgado previa coordinación de La Compañía de Asistencia.

3. SOLICITUD DE ASISTENCIA:

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el ASEGURADO del servicio deberá marcar la línea de emergencia de La Compañía de Asistencia, proporcionar su nombre y número de Póliza que lo identifique como ASEGURADO de la Compañía.

CONCEPTOS GENERALES FUERA DE COBERTURA

- No cumplir con los procedimientos y requisitos para otorgar el servicio.
- Cuando el ASEGURADO no liquide los servicios solicitados.

EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA

1. Cuando por una acción intencional del ASEGURADO resulte la comisión de un delito.
2. Cuando el ASEGURADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su

- naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
3. Cuando el ASEGURADO incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las presentes Condiciones Generales.
 4. Confiscación o daños causados por orden de cualquier gobierno, autoridad pública u oficial de aduanas; riesgo de contrabando; actos o actividades ilegales.
 5. También quedan excluidos los tramites que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor;
 6. Autolesiones o participación del ASEGURADO en actos delictuosos intencionales;
 7. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio (cuando se trate de servicios presenciales).
- j) Dar aviso de cambios de domicilio.
 - k) El equipo médico y jurídico de La Compañía de Asistencia tendrán libre acceso a las historias y expedientes clínicos, así como a los antecedentes penales del ASEGURADO para conocer su situación, si tal acceso les es negado. La Compañía de Asistencia no tendrá obligación de prestar ninguno de los Servicios de Asistencia.
 - l) Cualquier otro documento que solicite La Compañía de Asistencia, siempre y cuando sea razonable en términos de la ley.
 - m) Estar presente en cualquiera de los casos derivados de un servicio de asistencia.
 - n) Comunicar a La Compañía de Asistencia tan pronto tenga conocimiento sobre toda clase de correspondencia, documentación, citas, notificaciones, reclamaciones o requerimientos, relacionados con cualquier caso que hubiese sufrido al amparo de alguna de las coberturas del presente.
 - o) Para efecto de cualquier reclamación, la Póliza del ASEGURADO deberá encontrarse en situación normal, sin que se presente alguna mora.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El ASEGURADO se obliga bajo el presente a:

En caso de que el ASEGURADO sufra algún siniestro amparado por las cláusulas anteriores en cualquier parte de la república mexicana, deberá reportarlo a las oficinas de La Compañía de Asistencia en la Ciudad de México, D.F. al teléfono 5809 4812 o utilizando el servicio de larga distancia sin cargo para el ASEGURADO al 01 800 000 4812, debiendo proporcionar al coordinador del servicio la siguiente información:

- a) Nombre completo.
- b) Descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.
- c) Indicar el número telefónico donde La Compañía de Asistencia, podrá contactar al ASEGURADO o su Representante, así como todos los datos que el coordinador de asistencia le solicite para localizarlo.
- d) Número de Póliza
- e) Indicar el lugar donde ocurrió la Situación de Asistencia.
- f) Descripción de lo ocurrido.
- g) Si es familiar del tarjetahabiente titular, indicar el parentesco
- h) Proporcionar los elementos necesarios para la ubicación y localización de la Situación de Asistencia, así como cooperar con el debido seguimiento del asunto, acudiendo ante las autoridades respectivas.
- i) Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin haber consultado a La Compañía de Asistencia.

A falta de dicha notificación La Compañía de Asistencia considerará al ASEGURADO como responsable de los costos y gastos ocurridos a causa de una situación de asistencia. Los servicios que se refiere a este Convenio, configura la única obligación a cargo de La Compañía de Asistencia y en ningún caso reembolsará al ASEGURADO las sumas que éste hubiera erogado, salvo en caso extraordinario, cuando por causa de la Compañía de Asistencia no se hubiera podido atender la emergencia.

SUSPENSIÓN DEL SERVICIO

La Compañía podrá suspender, previo aviso por escrito al ASEGURADO con 10 (diez) días naturales de anticipación, los servicios del paquete de Asistencia detallados en este Convenio, cuando de manera reiterada e injustificada, el ASEGURADO solicite asistencias que no sean consideradas de emergencia o que se soliciten para personas distintas al ASEGURADO, o para la solución de problemas crónicos o preexistentes, que por su reiterada ocurrencia son de pleno conocimiento del ASEGURADO y por tanto no sean considerados de emergencia.

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 20 de agosto de 2015, con el número PPAQ-S0039-0047-2015.



CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Disposición 4.1.23 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que ACE Seguros, S.A. pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a cualquier producto de seguro contratado por mí, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto yo les proporcione.

SOLICITANTE

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 20 de agosto de 2015, con el número PPAQ-S0039-0047-2015.

FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Durante nuestra atención en el siniestro, el asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico: ACEUNE@ACEGROUP.COM

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Preguntar por el bienestar del asegurado.
3. Explicar de manera general al asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
4. Como representante de la Compañía, asesorar al asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
5. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
6. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
7. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

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 20 de agosto de 2015, con el número PPAQ-S0039-0047-2015.

FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE VIDA

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. A conocer, a través de la CONDUSEF, si es beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de controversia, el asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico: ACEUNE@ACEGROUP.COM

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al beneficiario el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al beneficiario sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

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 20 de agosto de 2015, con el número PPAQ-S0039-0047-2015.



Lined writing area consisting of 30 horizontal lines.

www.americanexpress.com.mx/seguros

INSURANCE SERVICES



®