

Plan
Amedex
Select

Insured by / Asegurado por:

 **AMEDEX**

S.A. de C.V.

A member of the **BUPA** group

“Taking care of the lives in our hands”

“Cuidando de las vidas en nuestras manos”

AMEDEX, S. A. de C. V.

Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 88 – 801
Colonia Lomas de Chapultepec CP 11000 México D. F.

CONDICIONES GENERALES PLAN AMEDEX SELECT

Página

OBJETO DEL SEGURO	1
I. Procedimiento para la atención de un evento	1
II. Definiciones	2-3
III. Contrato	3-5
IV. Vigencia del seguro	6-9
V. Obligaciones del contratante y del asegurado titular	9-12
VI. Cobertura	12-13
VII. Gastos cubiertos	12-13
VIII. Exclusiones y limitaciones	12-13

Insured by:
Amedex S.A. de C.V.

OBJETO DEL SEGURO

Amedex, S.A. de C.V., denominada en adelante la Aseguradora, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir, vía reembolso al Asegurado Titular o al pago directo a los prestadores de servicios, los Gastos Médicos en los que incurra el Asegurado Titular durante la vigencia de esta póliza, tanto en territorio de la República Mexicana como en el extranjero, hasta por la Suma Asegurada indicada en esta póliza, a consecuencia de enfermedades y accidentes amparados y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este Contrato.

I .- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE UN EVENTO

1. AVISO REQUERIDO Y SEGUNDA OPINIÓN MEDICA O QUIRÚRGICA REQUERIDA

- (a) El Asegurado deberá contactar a la Aseguradora a través de la administradora de servicios USA MEDICAL SERVICES, por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico, ya sea dentro o fuera de la Red de Proveedores Preferidos. En caso de requerir tratamiento médico de emergencia, el Asegurado deberá efectuar la notificación respectiva dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al inicio del tratamiento, sin importar si la emergencia fue atendida dentro o fuera de la Red de Proveedores Preferidos, dichos plazos deberán cumplirse salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo cumplirse tan pronto desaparezca el impedimento.

- (b) Si un Médico Tratante ha recomendado realizar un procedimiento médico o quirúrgico que no sea de emergencia y si la Aseguradora considera que una segunda opinión médica o quirúrgica es necesaria, ésta será coordinada por USA MEDICAL SERVICES con el médico designado por ésta y con cargo a la Aseguradora. Únicamente las segundas opiniones requeridas y coordinadas por USA MEDICAL SERVICES serán cubiertas. En el caso en que la segunda opinión contradiga, o no confirme la necesidad del procedimiento o de la cirugía, la Aseguradora también pagará por una tercera opinión de un médico seleccionado por USA MEDICAL SERVICES. Si la segunda o tercera opinión confirma la necesidad del procedimiento médico o de la cirugía, los beneficios correspondientes serán cubiertos de acuerdo con esta póliza.

Si el Asegurado no entra en contacto con la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES como se ha establecido previamente o no se somete a la Segunda Opinión médica o quirúrgica requerida, el Asegurado Titular será responsable del 30% (treinta por ciento) de los gastos cubiertos de médicos y hospitales utilizados para la atención de la reclamación, en adición al deducible y al coseguro aplicables.

2. USA MEDICAL SERVICES PUEDE SER CONTACTADA A LOS SIGUIENTES NÚMEROS DE TELÉFONO:

En México: **5202-1592**
Horario de 9:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes. Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En México, sin cobro: **9138-2105**
Sin cobro desde los EE.UU.: **1-800-726-1203**
En los EE.UU.: **(305) 275-1500**
Fax: **(305) 275-8555**
Correo electrónico a: **claims@usamedicalservices.com**

el lugar y fecha en que se efectúe el gasto y / o pago, conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

En caso de que los gastos se deban cubrir directamente a los prestadores de servicios médicos en el extranjero éstos se efectuarán en dólares o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron.

3. EXÁMENES MÉDICOS Y DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA:

La Aseguradora, a su costa, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Asegurado, cuyas enfermedades o lesiones sean la base de una reclamación, cuando y cuantas veces lo considere necesario para determinar la procedencia de la misma. El Asegurado o sus representantes, proporcionarán todos los expedientes y reportes médicos cuando sean solicitados por la Aseguradora y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar la entrega de los expedientes médicos solicitados por la Aseguradora, será motivo para que la reclamación sea rechazada. La presentación de una reclamación fraudulenta facultará a la Aseguradora a rescindir la póliza.

4. PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN:

Toda reclamación deberá presentarse a la Aseguradora, a través de USA MEDICAL SERVICES, en los formularios que correspondan. En caso de reembolso deberán anexarse las facturas originales detalladas y expedientes médicos del Asegurado.

5. PAGO DE RECLAMACIONES:

Es política de la Aseguradora efectuar los pagos directamente a médicos, hospitales, sanatorios o clínicas en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular, después de aplicar el deducible y coaseguro que corresponda, los gastos médicos cubiertos cuya cantidad resulte la menor de:

- El costo de los servicios cobrados por el proveedor en cuestión; o
- El costo de los servicios convenidos entre la Aseguradora y el proveedor para el procedimiento correspondiente; o
- Los gastos usuales y acostumbrados para esa área en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Titular.

En caso de muerte del Asegurado Titular, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a su sucesión legal.

6. MONEDA:

Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar conforme a esta póliza, se efectuarán en dólares o en su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que rija en

7. INTERÉS MORATORIO:

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 (ciento treinta y cinco) Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

II. DEFINICIONES

Para efectos de interpretación y cumplimiento de la presente póliza, las partes convienen adoptar las definiciones siguientes:

1. ACCIDENTE AMPARADO:

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado, siempre que la muerte o las lesiones corporales ocurran dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente y dicho acontecimiento no se encuentre excluido expresamente de cobertura.

2. ACTIVIDAD PELIGROSA:

Cualquier actividad que requiere habilidad o destreza física, con frecuencia de naturaleza competitiva y que expone al participante a un riesgo o peligro inevitable o imprevisible, a pesar de que el peligro o riesgo son con frecuencia predecibles. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limita a: Deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, "bungee jumping", participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

3. **AERONAVE PRIVADA:** Cualquier aeronave que no pertenezca a una línea aérea comercial, operada por pilotos comerciales profesionales con licencia, con horarios de vuelos regulares preestablecidos entre aeropuertos establecidos
4. **AMBULANCIA AÉREA:** Aeronave provista por una compañía autorizada, que cuenta con personal con entrenamiento médico, equipada para tratar emergencias médicas.
5. **AMBULANCIA TERRESTRE:** Vehículo terrestre equipado para todas las emergencias médicas, provisto por una compañía autorizada y que cuenta con personal con entrenamiento médico.
6. **AÑO PÓLIZA:** Periodo de doce (12) meses consecutivos, que comienza en la Fecha de Efectividad de cada Periodo de Seguro.
7. **ASEGURADO TITULAR:** Persona física residente en territorio de la República Mexicana, quien ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos impuestos por la Aseguradora para tener tal carácter y que se encuentra cubierta por los riesgos que ampara esta póliza, a quien, en caso de reembolso, se pagarán los gastos médicos cubiertos por esta póliza.
8. **CLASE:** Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducible, grupo de edad, plan, año de póliza o una combinación de cualesquiera de éstos.
9. **CARÁTULA DE LA PÓLIZA:** Documento que integra y forma parte de la póliza, en la que especifica la fecha en que inicia y termina la cobertura, el plan contratado, condiciones, alcance y límites de cobertura y lista a las personas que están amparadas por la póliza.
10. **COBERTURA OPCIONAL:** Beneficios adicionales contratados por el contratante de la póliza, en adición al Seguro básico y que aparecen como tal en la Carátula de la Póliza .
11. **COASEGURO:** Cantidad a cargo del Asegurado Titular establecido como un porcentaje de los gastos cubiertos, después de aplicar el deducible. Dicho porcentaje queda indicado en la Carátula de la Póliza. En caso de Accidentes amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata no se aplicará coaseguro para el periodo de la primera hospitalización.
12. **COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO:** Desórdenes no causados por factores genéticos, manifestados durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida del recién nacido, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, prematuridad, distrés respiratorio y traumatismos durante el nacimiento.
13. **CONTRATANTE:** Persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en el mismo.
14. **CUIDADOS DE RUTINA DEL RECIÉN NACIDO:** Atenciones habituales que se proporcionan a un recién nacido saludable
15. **CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR:** Atenciones o tratamientos médicos que el Asegurado recibe en su hogar, siempre que hayan sido ordenados y certificados por escrito por el Médico Tratante del Asegurado, como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización. Estos cuidados o tratamientos deben ser aprobados previamente por la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES e incluyen los servicios de personas legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión tales como, pero no limitadas, a enfermeras, terapeutas, etc. fuera del hospital y no están incluidas en la Atención Médica Asistencial.
16. **ATENCIÓN MÉDICA ASISTENCIAL:** Servicios médicos suministrados que incluyen, pero no están limitados a: cuarto y alimentos, así como asistencia personal que no requieren la destreza de profesionales autorizados y que generalmente son proporcionados durante largos periodos de tiempo
17. **DEDUCIBLE:** Es el monto fijo de los gastos médicos cubiertos, que el Asegurado Titular debe pagar antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos y cuyo importe se indica en la Carátula de la Póliza. En caso de Accidentes amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata no se aplicará deducible para el periodo de la primera hospitalización.
18. **DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO TITULAR:** El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con la que viva en concubinato y los hijos, ya sean consanguíneos o por parentesco civil (adopción), hijastros o aquellos menores respecto de los cuales el Asegurado Titular desempeñe la tutoría legal o testamentaria, siempre que reúnan las siguientes características:
 - a. Residan en territorio de la República Mexicana,
 - b. Hayan sido identificados en la solicitud respectiva y,
 - c. Sean aceptados expresamente por la Aseguradora.

Para efectos de esta póliza, a los Dependientes Económicos del Asegurado se les denominará “Dependientes” y al Asegurado Titular y a los Dependientes, se les llamará en forma conjunta como los “asegurados”.

19. DESORDENES HEREDITARIOS Y CONGÉNITOS:

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

20. EMERGENCIA: Evento que se manifiesta por signos o síntomas agudos que ponen en peligro inmediato la vida, la función o la integridad corporal de los Asegurados, si no se proporciona atención médica dentro de las siguientes 24 (veinticuatro) horas.

21. ENDOSO: Documento con el que se modifican las condiciones generales de la póliza, previo acuerdo entre las partes y forma parte integral de la misma.

22. ENFERMEDAD AMPARADA: Es aquella condición patológica del cuerpo, que presenta un conjunto de signos, síntomas y hallazgos de laboratorio particulares a la misma, que convierte esta condición en anormal y diferente a una condición normal del estado del organismo, siempre que dicha enfermedad no se encuentre excluida expresamente de cobertura.

23. ENFERMERA: Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

24. EVENTO: Cada una de las “Enfermedades” y / o “Accidentes” amparadas por la póliza.

25. FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la Fecha de Efectividad de la póliza indicada en la Carátula de la Póliza.

26. FECHA DE EFECTIVIDAD: Fecha en que comienza el período de cobertura de esta póliza y es indicada en la Carátula de la Póliza.

27. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO: Es el valor monetario de los bienes, honorarios o servicios médicos que normalmente se cobran en un área geográfica determinada, con base en estudios periódicos de los precios regionales.

28. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA: Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, de conformidad con las leyes y reglamentos del país

de que se trate y que no es un lugar de reposo, ni para ancianos, ni para convalecientes, ni una instalación para cuidados médicos por largo tiempo.

29. LESIÓN: Daño imprevisto causado al organismo por una causa externa.

30. MÉDICAMENTE NECESARIO: Tratamiento médico o quirúrgico, servicio o suministro médico el cual es determinado por el Médico Tratante y USA MEDICAL SERVICES como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente amparados. Un tratamiento médico o quirúrgico, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- a. No es imprescindible para el restablecimiento de la salud del paciente y es proporcionado solamente como una conveniencia para los Asegurados, su familia o el prestador del servicio; o
- b. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión.

31. MEDICO TRATANTE: Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico cirujano, que brinda control y tratamiento médico o quirúrgico al Asegurado, siendo el responsable médico del paciente asegurado.

32. MEDICO ESPECIALISTA: Persona que reúne los requisitos de la definición de Médico Tratante y cuenta con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica. Esta definición también incluye a personas autorizadas para la práctica de la Odontología.

33. MEDICO ASISTENTE: Persona que cumple con la definición de Médico Tratante y actúa en auxilio de éste o del médico especialista en una intervención quirúrgica.

34. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES: Son aquellos respecto de los que, con anterioridad a la contratación, rehabilitación del Seguro o de la inclusión de un Asegurado:

- a. Se haya declarado su existencia, o
- b. El asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico, o
- c. Sean comprobables: por la existencia de un expediente médico, en el cual 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.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Aseguradora, cuando 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 solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Aseguradora quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

A aquellos asegurados que se hayan sometido a un examen médico por parte de la Aseguradora para el proceso de suscripción, no se les aplicará la cláusula de preexistencia respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento, que tengan relación con el tipo de examen médico que se les haya practicado y que no hubiesen sido diagnosticados en el mismo.

35. PERIODO DE SEGURO: Es el lapso para el cual resulta calculada la unidad de la prima.

36. PROVEEDORES: Hospitales, médicos, laboratorios y cualquier servicio de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o accidente.

37. RECIÉN NACIDO: Niño o niña durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida.

38. RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS: Grupo de hospitales y médicos aprobados y contratados por la Aseguradora para atender asegurados. La lista de hospitales y médicos de esta red se puede obtener de USA MEDICAL SERVICES; dicha lista puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

39. RESIDENTE EN MÉXICO: El Asegurado que viva en territorio de la República Mexicana la mayor parte del año póliza o del año calendario, el cual corre del 1º (primero) de enero al 31 (treinta y uno) de diciembre del mismo año, o durante más de 180 (ciento ochenta) días continuos en cualquier período de 365 (trescientos sesenta y cinco) días mientras la póliza esté en vigor.

40. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por el Médico Tratante para un Asegurado internado en un hospital, sanatorio o clínica, siempre y cuando dicha estancia sea justificada y comprobable para el tratamiento o restablecimiento de la enfermedad o lesión amparados.

41. SOLICITUD: Declaración escrita en un formulario por un prospecto de asegurado sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Aseguradora para determinar la aceptación del riesgo. La

solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario y otros documentos proporcionados a, o solicitados por la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

42. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: El medicamento necesario debido a una emergencia.

43. USA MEDICAL SERVICES: Empresa contratada por la Aseguradora para proporcionar, entre otros, los siguientes servicios a los Asegurados:

- a. Proporcionar información a los Asegurados acerca de los hospitales y médicos de la Red de Proveedores Preferidos;
- b. En caso de un accidente o enfermedad amparada que sufra el asegurado:
 1. Coordinar los servicios proporcionados por la Red de Proveedores Preferidos u otros proveedores.

III. CONTRATO

1. INTEGRACIÓN DEL CONTRATO: La Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, los Endosos y las coberturas opcionales que se incorporen, los cuales se emiten en consideración a las solicitudes, cuestionarios, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos solicitados al Contratante y/o Asegurado Titular por la Aseguradora para la apreciación del riesgo, constituyen testimonio del Contrato celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

2. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES (DISPUTABILIDAD): El Contratante y/o el Asegurado Titular están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato y en el momento del ingreso de cualquier Asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por la Aseguradora.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8 (ocho), 9 (nueve), 10 (diez) y 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3. **TERMINO DE TREINTA DÍAS PARA RECTIFICAR EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA. (RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA):** Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso que el Asegurado Titular y/o el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más impuesto respectivo, menos el costo administrativo de expedición de la póliza que es de USD\$75 (setenta y cinco dólares US/CY) o su equivalente en moneda nacional y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de su vigencia.

4. **MODIFICACIONES AL CONTRATO:** Después de emitida la póliza cualquier cambio o modificación al Contrato o a las Coberturas Opcionales serán válidas siempre y cuando hayan sido acordados por el Contratante y la Aseguradora y se hagan constar mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Los funcionarios autorizados de la Aseguradora son los únicos que pueden modificar el Contrato.
5. **COMPETENCIA:** En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que la aseguradora cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.
6. **NOTIFICACIONES:** Las notificaciones realizadas al Contratante y/o Asegurado Titular en el último domicilio señalado por éstos, serán válidas hasta en tanto no notifiquen por escrito algún cambio en el mismo.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Aseguradora por escrito, precisamente en el domicilio señalado en la Carátula de la Póliza, salvo en los casos establecidos en el Capítulo I denominado “Procedimiento para la Atención de un Evento”.

7. **EDAD DE ADMISIÓN:** Esta póliza sólo puede ser emitida a personas que sean residentes en territorio de la República Mexicana, con una edad mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para los Dependientes elegibles, y hasta un máximo de 74 (setenta y cuatro) años de edad.

8. **CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado Titular debe notificar por escrito a la Aseguradora, cualquier cambio de su país de residencia tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros 30 (treinta) días del cambio. La Aseguradora se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a la Aseguradora de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, facultará a la Aseguradora a considerar rescindido el Contrato a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

Si un Asegurado permanece en EE.UU. en forma continua por más de ciento ochenta (180) días, durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco días (365), sin importar el tipo de visa que le haya sido emitido, entonces la cobertura de esta póliza estará limitada a la Red de Proveedores Preferidos hasta la siguiente fecha de renovación, en que la póliza terminará automáticamente.

9. **PRESCRIPCIÓN:** Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora.

10. **CAMBIO DE PLAN:** En cualquier fecha de aniversario el Contratante podrá solicitar cambio de plan o deducible, tal solicitud estará sujeta a evaluación de riesgo cuando el plan solicitado otorgue mayores beneficios. Durante los primeros 90 (noventa) días desde la Fecha de Efectividad del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión no causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso, estarán limitados al menor de los beneficios provistos por el nuevo plan o por el plan anterior. Durante los primeros 12

(doce) meses posteriores de la Fecha de Efectividad del cambio, los beneficios de maternidad, del recién nacido, de desordenes congénitos y de trasplante de órganos estarán limitados al menor beneficio provisto por el nuevo plan o por el plan anterior.

- 11. SUBROGACIÓN:** La Aseguradora se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con la Aseguradora para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a la Aseguradora a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

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

IV.- VIGENCIA DEL SEGURO

- 1. INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:** La cobertura comienza a las 12:00 horas de la zona geográfica de que se trate en México, en la Fecha de Efectividad de la póliza y termina a las 12:00 horas del último día de vigencia o por falta de pago de la prima una vez que transcurra el Periodo de Gracia para el pago de la misma.
- 2. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA:** Al finalizar el Periodo de Seguro estipulado en este Contrato, se entenderá como renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración. En cada renovación la prima que deberá pagarse, en términos de la cláusula Obligaciones del Contratante y del Asegurado Titular, se aplicará de acuerdo a la edad del asegurado y coberturas correspondientes.

Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan en la fecha del nuevo Periodo de Seguro, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte, conforme a las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

En caso que “La Compañía” suspenda la operación de este Plan,

ofrecerá al contratante alguno similar de los que tenga operando, eliminando los periodos de espera que correspondan de acuerdo a la antigüedad de esta póliza y amparando los padecimientos que estuvieren en curso sin considerarlos preexistentes y de acuerdo a las condiciones generales establecidas.

V.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO TITULAR

- 1. PAGO DE LAS PRIMAS:** El Contratante se obliga a pagar las cantidades que señale la Aseguradora como primas, de acuerdo con la tarifa vigente debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada Periodo de Seguro.

Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de gastos de expedición de póliza, impuesto al valor agregado (IVA) y, en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado de las primas que se pacte entre las partes.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o del Asegurado Titular. La prima debe ser pagada en la fecha de su vencimiento o dentro del Periodo de Gracia establecido.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el Contratante no recibe un aviso de pago de prima 30 (treinta) días antes de la fecha de vencimiento y no conoce el monto de la prima, deberá contactar a su agente de seguros o a la Aseguradora.

Cualquier prima vencida y no pagada será reducida de cualquier indemnización cubierta.

- 2. VENCIMIENTO:** La prima vencerá en la fecha en que comience cada Periodo de Seguro y en la fecha de inclusión de un Dependiente, en su caso.
- 3. LUGAR DE PAGO:** El Contratante deberá pagar las primas pactadas a su vencimiento, en las oficinas de la Aseguradora indicadas en la Carátula de la Póliza, contra entrega del recibo de pago de primas expedido por ésta.
- 4. PERIODO DE GRACIA:** Si la prima o la fracción de ella, en caso de pago en parcialidades, no es recibida en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora concederá un período de gracia de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de vencimiento para que la prima o la fracción de ella, en su caso, sea pagada.

Si la prima o la fracción de ella no es recibida por la Aseguradora dentro del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas del último día de ese plazo.

5. **COMPROBANTE DE PAGO:** En caso de que la prima de la póliza sea pagada con cargo automático a una cuenta de cheques o a una tarjeta de crédito, emitida por una Institución Bancaria en convenio con la Aseguradora, el estado de cuenta en el que aparezca dicho cargo y su referencia a esta póliza fungirá como comprobante de pago, ya que el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente de dicho pago.

En caso de que por causas imputables al Contratante y/o Asegurado Titular no pueda efectuarse el cargo, el Seguro cesará en sus efectos, por lo que el Contratante debe verificar que en su estado de cuenta se le haya realizado el cargo correspondiente de la prima a pagar. En caso de que no se reflejara el cargo en su estado de cuenta; el Contratante tiene la obligación de avisar a la Aseguradora de que no fue realizado el cargo, para que ésta proceda a realizar el cargo correspondiente.

6. **REHABILITACIÓN:** No obstante lo dispuesto en la cláusula de Periodo de Gracia, el Contratante y/o Asegurado Titular podrán dentro de los 30 (treinta) 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 el día señalado en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el Seguro desde las 12 (doce) horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Aseguradora, para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

7. **EXPERIENCIA DE RECLAMACIONES:** Ningún Asegurado será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

8. **ELEGIBILIDAD Y COBERTURA DE DEPENDIENTES:** El cónyuge o concubinario dependiente incluido en la póliza, estará cubierto en tanto perdure la relación matrimonial o de concubinato.

Los hijos dependientes del Asegurado están cubiertos hasta cumplir los 19 (diecinueve) años de edad si son solteros o hasta los 24 (veinticuatro) años de edad si son solteros y estudiantes de tiempo completo en un colegio o universidad en el momento de la emisión o renovación de la póliza

Si un hijo Dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo, cambia de país de residencia o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación o termina el concubinato, la cobertura para estos Dependientes terminará automáticamente en la fecha del siguiente aniversario de la póliza a la ocurrencia de cualquiera de estos sucesos.

Los Dependientes del Asegurado que hayan estado cubiertos por una póliza anterior emitida por la Aseguradora por lo menos durante 2 (dos) años consecutivos y continuos y que sean elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin pruebas de asegurabilidad para una póliza individual con un deducible igual o menor y con las mismas condiciones y/o restricciones en existencia en la póliza anterior bajo la cual tuvo cobertura. Para ello deberá presentar la solicitud correspondiente a la Aseguradora dentro de los 60 (sesenta) días anteriores al vencimiento de la cobertura de su póliza anterior. La Suma Asegurada para esta nueva póliza, se determinará deduciéndole a la misma el monto de los gastos médicos cubiertos que se hubieren erogado mientras la póliza anterior estuvo en vigor.

9. **INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES:** El Contratante podrá solicitar la inclusión en la póliza de cualquier dependiente que cumpla con los requisitos establecidos en la misma. La solicitud deberá hacerse en los formularios proporcionados por la Aseguradora y quedará sujeta a pruebas de asegurabilidad.

Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la póliza podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en el numeral 14) COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO del Capítulo VII.- GASTOS CUBIERTOS.

10. **AJUSTES DE PRIMA:** En caso de altas de Asegurados o de aumento de beneficios, la Aseguradora cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del Periodo del Seguro.

11. **ESTA PÓLIZA PROPORCIONA COBERTURA SOLAMENTE EN LA RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Ningún beneficio está cubierto por servicios

prestados fuera de esta red; En caso de un tratamiento médico de emergencia se cubrirá de acuerdo al numeral 12) TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA del capítulo VII GASTO CUBIERTO.

VI.- COBERTURA

1. **TABLA DE BENEFICIOS:** La **Suma Asegurada Máxima** es de **USD\$2'000,000.00 (DOS MILLONES DE DOLARES US/CY)** por Asegurado, de por vida, siempre que la póliza se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones que se indican en la presente póliza.

COBERTURA	BENEFICIO MÁXIMO
1. Cuarto estándar de hospital privado o semi -privado, incluyendo alimentos	Sin Límite
2) Unidad de cuidados intensivos, incluyendo alimentos	Sin Límite
3) Cuidados de maternidad. (no aplica deducible ni coaseguro)	USD\$2,000.00 (dos mil dólares US/CY)
4) Cobertura del recién nacido (No aplica deducible ni coaseguro)	USD\$10,000.00 (diez mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
5) Desordenes congénitos y hereditarios	
- manifestados: Antes de la edad de 18 (dieciocho) años,	USD\$100,000.00 (cien mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
- A partir de la edad de 18 (dieciocho) años.	USD\$2,000,000.00 (dos millones de dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
6) Tratamiento de emergencia fuera de la red de proveedores preferidos (por evento)	USD\$25,000.00 (veinticinco mil dólares US/CY)
7) Ambulancia aérea.	USD\$50,000.00 (cincuenta mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.

8) Ambulancia terrestre.	USD\$1,000.00 (mil dólares US/CY) por evento.
9) SIDA	USD\$200,000.00 (dos cientos mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
10) Repatriación de restos mortales	USD\$5,000.00 (cinco mil dólares US/CY) por evento

Cualquier gasto amparado pagado, reducirá la Suma Asegurada y beneficio correspondiente del Asegurado de que se trate.

Plan	Deducible	Coaseguro	Cobertura de Maternidad y del recién nacido
M1	El estipulado en la carátula de la póliza	20% con máximo de USD\$1,000.00 (un mil dólares US/CY)	Amparado
M2	El estipulado en la carátula de la póliza	20% con máximo de USD\$1,000.00 (un mil dólares US/CY)	Amparado
M5	El estipulado en la carátula de la póliza	Sin coaseguro	No cubierto
M7	El estipulado en la carátula de la póliza	Sin coaseguro	No cubierto

2. **DEDUCIBLE:** En caso de Enfermedad o Accidente amparados, el Asegurado Titular deberá pagar directamente al Proveedor, la cantidad establecida como deducible en la Carátula de la Póliza.

En caso de Accidentes Amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata, no se aplicará deducible para el periodo de la primera hospitalización.

Durante cada año de vigencia de la póliza, únicamente se aplicará (1) un deducible por Asegurado, con un máximo de 2 (dos) deducibles por póliza, por año póliza.

Cualquier gasto elegible en que incurra el Asegurado durante

los 3 (tres) últimos meses del año póliza y que sea usado para satisfacer el deducible de ese año póliza será transferido y aplicado al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.

3. **COASEGURO:** El Asegurado Titular es responsable por el 20% (veinte por ciento) de los primeros USD\$5,000.00 (cinco mil dólares US/CY) de gastos cubiertos por una enfermedad o accidente amparados por la póliza, después de satisfacer el deducible establecido. Los planes M5 y M7 no tienen coaseguro.

En caso de Accidentes Amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata, no se aplicará coaseguro para el periodo de la primera hospitalización.

Durante cada vigencia anual de la póliza, únicamente se aplicará un coaseguro por Asegurado Titular o Dependiente, por año póliza. Si se notifica a USA Medical Services como es requerido en esta póliza, el coaseguro no será aplicado a los servicios médicos recibidos en México.

VII.- GASTOS CUBIERTOS

La Aseguradora cubrirá los gastos médicos que a continuación se indican, incluyendo el Impuesto al Valor Agregado (IVA) que estos generen, hasta por el monto correspondiente al **Gasto Usual y Acostumbrado**, sujeto a los límites correspondientes a aquellas coberturas cuyo monto máximo a indemnizar se especifique en esta póliza o que se indiquen en Cobertura Opcional.

1. **SERVICIOS DE HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA:** Tratamientos médicos y / o quirúrgicos que por indicación del médico tratante sean necesarios para atender un evento cubierto, incluyendo medicamentos y materiales de curación para la atención de Asegurados.
2. **CUARTO DE HOSPITAL Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO:** De acuerdo a los límites especificados en la Tabla de Beneficios
3. **CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR Y TERAPIA AMBULATORIA:** Los cuidados médicos y tratamientos estarán cubiertos previa aprobación por parte de USA MEDICAL SERVICES. Para ello se requerirá la recomendación por parte del médico tratante, indicando la necesidad médica del mismo acompañada del plan para dicho tratamiento.

4. **HONORARIOS DEL MEDICO TRATANTE:** Los honorarios por la realización de un tratamiento médico o quirúrgico médicamente necesario para el restablecimiento de la salud del asegurado, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado.

5. **HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO:** Los honorarios o cargos de un Anestesiólogo por su participación en la administración de la anestesia que sea médicamente necesaria para realizar un procedimiento quirúrgico o para controlar el dolor, los cuales deben ser aprobados previamente por la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES y están limitados a la cantidad que resulte menor de:

- 100% (cien por ciento) de los gastos Usuales y Acostumbrados por los cargos del anestesiólogo; o
- 30% (treinta por ciento) de los gastos Usuales y Acostumbrados del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
- 30% (treinta por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico.
- Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área geográfica determinada.

6. **HONORARIOS DEL MEDICO CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico o cirujano asistente están cubiertos cuando sus servicios sean médicamente necesarios y aprobados previamente por la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES. Los honorarios del médico o cirujano asistente están limitados a la cantidad que resulte menor de:

- 20% (veinte por ciento) de los gastos usuales y acostumbrados para el procedimiento quirúrgico de que se trate; o
- 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o
- Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para dicho procedimiento quirúrgico; o
- Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área geográfica determinada.

7. **TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS:** Los Honorarios por tratamientos, tales como: radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhalo terapia y otros semejantes serán cubiertos siempre y cuando sean autorizados y coordinados por la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES.

Prótesis, dispositivos ortóticos, equipos médicos durables, implantes, y medicamentos altamente especializados (Ej. Interferón, Procrit, Avonex, etc.) serán cubiertos, pero deben ser coordinados con anticipación por USA MEDICAL SERVICES.

- Los tratamientos especiales serán provistos por la Aseguradora o reembolsados al costo que la Aseguradora hubiera incurrido si los hubiera comprado a sus proveedores.
- 8. HONORARIOS DE ENFERMERAS PRIVADAS PROFESIONALES FUERA DEL HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA:** Se cubrirán durante un máximo de 30 (treinta) días naturales por evento, siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante, se operen como una alternativa de hospitalización y sean aprobados por la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES. Se cubrirán como máximo 3 (tres) turnos de 8 (ocho) horas por día.
- 9. SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:** Estos quedarán cubiertos, cuando sean médicamente necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de un evento.
- 10. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Solo se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto, siempre que el tratamiento dental de emergencia se lleve a cabo dentro de los primeros noventa (90) días siguientes a dicho accidente.
- 11. TRANSPORTE DE AMBULANCIA POR EMERGENCIA:** La transportación de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) solamente es cubierta para la atención de un accidente o enfermedad amparada para la cual el tratamiento no puede ser proporcionado localmente y la transportación por cualquier otro método puede resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. La transportación de emergencia cubre hasta la instalación médica más cercana donde el tratamiento médico adecuado pueda ser proporcionado.
- a. **AMBULANCIA AÉREA:**
1. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser previamente aprobado por la Aseguradora y coordinado por USA MEDICAL SERVICES. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de USD \$50,000.00 (cincuenta mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
 2. El Asegurado acuerda sacar en paz y a salvo a la Aseguradora, USA MEDICAL SERVICES y a cualquier compañía afiliada a la Aseguradora, por medio de formas similares de propiedad o administración, por cualquier responsabilidad resultante de tales servicios o por demoras o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales o por el piloto, debido a condiciones operacionales o cualquier negligencia resultante de tales servicios.
- b. **AMBULANCIA TERRESTRE:** La cantidad máxima pagada por este beneficio es de USD\$1,000.00 (mil dólares US/CY), por Evento.
- 12. TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA:** El Plan Amedex Select ofrece tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos, en aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la red serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (\$25,000) con el deducible normal del plan y el coaseguro (si es aplicable). El Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los cargos médicos y de hospital relacionados a la reclamación, en adición al deducible y al coaseguro aplicables que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares (\$25,000) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Preferidos.
- 13. CUIDADOS DE MATERNIDAD (LOS PLANES SELECT M5 Y M7 NO TIENEN COBERTURA DE CUIDADOS DE MATERNIDAD):**
- a. El beneficio máximo para esta cobertura es de USD\$2,000.00 (dos mil dólares US/CY) para cada embarazo, incluyendo los cuidados de rutina del recién nacido, sin aplicación de deducible ni de coaseguro.
 - b. Tratamientos pre y post - natales, parto, complicaciones del embarazo o del parto y el cuidado del recién nacido saludable, están incluidos en el beneficio máximo de maternidad establecido en el párrafo precedente.
 - c. Este beneficio aplicará sólo para maternidades cubiertas. Maternidades cubiertas son aquellas donde la fecha de terminación del embarazo, por parto o cesárea, es al menos 10 (diez) meses después de la Fecha de Efectividad inicial de cobertura para la madre asegurada o las que cumplan con los requisitos establecidos en el inciso siguiente. No hay maternidades cubiertas en los planes M5 y M7.
 - d. Tratándose de las hijas Dependientes del Asegurado Titular, únicamente se otorga cobertura a aquellas que tengan 18 años o más de edad, siempre que hubieren estado cubiertas bajo esta póliza por lo menos dos años anteriores a la fecha de inicio del embarazo, en los demás casos no hay cobertura de maternidad para las hijas Dependientes del Asegurado Titular.
 - e. Aquellas Aseguradas cubiertas previamente como hijas Dependientes del Asegurado Titular bajo otra póliza con la Aseguradora, por lo menos los dos años anteriores a la fecha de inicio del embarazo, el beneficio de cuidados de maternidad se otorga desde inicio de vigencia de su nueva póliza individual, siempre y cuando exista continuidad en la póliza.

14. COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO: (Los planes Select M5 y M7 no tienen cobertura para el recién nacido)

- a. COBERTURA PROVISIONAL: Si nace de una maternidad cubierta, cada recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión, enfermedad o complicación del parto durante los primeros 90 (noventa) días después del nacimiento hasta un máximo de USD \$10,000.00 (diez mil dólares US/CY), sin deducible ni coaseguro.
- b. COBERTURA PERMANENTE: Para tener cobertura permanente, de un hijo nacido de una maternidad cubierta, una “Notificación de Nacimiento” consistente del nombre completo del recién nacido, sexo y fecha de nacimiento, debe presentarse dentro de los primeros noventa 90 (noventa) días de nacido. Entonces la cobertura será hasta el límite de la póliza, desde la fecha de nacimiento, con el deducible y coaseguro aplicables.

Los límites de la póliza para complicaciones del nacimiento relacionadas a un recién nacido, están limitados a los beneficios máximos descritos en la Cobertura Provisional.

La prima para la inclusión de un Recién Nacido, vence al tiempo de la Notificación. Si la Notificación no es recibida dentro de los 90 (noventa) días siguientes al nacimiento, entonces una solicitud de seguro será requerida para la adición y deberá presentar pruebas de asegurabilidad.

c. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE
Cubiertos en las términos establecidos en la cobertura de CUIDADOS DE MATERNIDAD

d. Si no nace de una maternidad cubierta, no hay cobertura provisional para el recién nacido.

En este caso, para agregar al recién nacido a la póliza se requiere el envío de una solicitud de seguro, cuya aceptación estará sujeta a prueba de asegurabilidad.

15. DESORDENES HEREDITARIOS Y CONGÉNITOS: La cobertura bajo esta póliza para los desórdenes hereditarios y congénitos es como sigue:

- a. El beneficio máximo de por vida para cualquier desorden congénito o hereditario que se manifieste antes que el Asegurado cumpla 18 (dieciocho) años de edad es USD\$100,000.00 (cien mil dólares US/CY) por persona, después del deducible y coaseguro (si corresponde).
- b. El beneficio de por vida para cualquier desorden hereditario o congénito que se manifieste en ó después que el Asegurado cumpla 18 (dieciocho) años de edad, es igual al límite máximo de esta póliza, después del deducible y coaseguro (si corresponde).

16. MEDICAMENTOS RECETADOS: Solamente los medicamentos que son recetados en una admisión hospitalaria mayor a 24 horas o después de una cirugía ambulatoria,

derivados de un evento amparado, serán cubiertos hasta el gasto incurrido y hasta por un período máximo de 6 (seis) meses. Transcurrido este período la cobertura será de USD \$1,000.00 (un mil dólares americanos) anuales una vez que se haya satisfecho el deducible anual.

Drogas utilizadas como quimioterapia y otras medicinas específicas usadas como alternativa a la hospitalización del paciente estarán cubiertas si son previamente autorizadas por la Aseguradora a través de USA MEDICAL SERVICES. Para ser consideradas se requiere que una copia de la receta del médico y la factura original detallada sea incluida con la reclamación.

17. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS: La cirugía reconstructiva o plástica será cubierta cuando sea médicamente necesaria a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada y sea plenamente demostrado a la Aseguradora, previamente autorizada por ésta y coordinada por USA MEDICAL SERVICES.

18. NARIZ Y SENOS PARANASALES: Los gastos originados por tratamientos médicos quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales únicamente estarán cubiertos a consecuencia de un accidente amparado siempre y cuando el tratamiento sea autorizado previamente por la Aseguradora, a través de USA MEDICAL SERVICES mediante la presentación de los estudios radiográficos pertinentes.

19. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:

a. Declarados al llenar la solicitud:

1. Que no tenga síntomas y tratamiento durante un periodo de 5 (cinco) años anteriores a la Fecha de efectividad de la póliza, están cubiertos, a menos que se encuentren específicamente excluidos por un endoso a la póliza.
2. Con síntomas o tratamiento en cualquier momento dentro de un periodo de 5 (cinco) años anteriores a la Fecha de Efectividad de la póliza serán cubiertos después de 2 (dos) años, a partir de la fecha mencionada, siempre y cuando no se encuentre excluido específicamente por un endoso a la póliza.

b. No declaradas en la solicitud:

Los padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud quedan excluidos de cobertura.

Además, la Aseguradora queda facultada para proceder en términos de lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones de estas condiciones generales.

En el supuesto de que hubiera controversia entre el Asegurado y la Aseguradora, para determinar si el padecimiento y/o enfermedad que aquél haya sufrido sea preexistente, el

asegurado tendrá opción de acudir a un procedimiento de arbitraje médico al cual la Aseguradora esta conforme en someterse. De común acuerdo, ambas partes, determinaran a la persona física o moral que fungirá con el carácter de árbitro, elección que se efectuará de entre la lista que proporcione la CONAMED. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá ningún costo para el reclamante.

El acuerdo de arbitraje se regirá por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje, más lo que de común acuerdo las partes determinen.

20. AERONAVE PRIVADA: Cualquier enfermedad o accidente sufrido como pasajero en una aeronave privada está cubierta hasta un máximo de USD\$250,000.00 (doscientos cincuenta mil dólares US/CY) por Asegurado, de por vida.

21. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En el caso fallecimiento de un Asegurado fuera de su país de residencia, la Aseguradora pagará hasta USD\$5,000.00 (cinco mil dólares US/CY) por la repatriación de los restos mortales del fallecido al país de residencia, si la muerte resultó por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo a su país de residencia. Los arreglos deben ser coordinados con USA MEDICAL SERVICES.

22. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): Los gastos incurridos cuando se haya manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de 4 (cuatro) años de vigencia continua de la póliza, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este periodo y el tratamiento se lleve a cabo en el territorio nacional. El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado de por vida, es de USD\$200,000.00 (doscientos mil dólares US/CY)

23. SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios proporcionados u ordenados por un medico para el asegurado y que no requiere hospitalización. Incluyen los servicios prestados en un hospital, sala de emergencia o quirófano.

24. ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL: La Estadía Máxima en un Hospital por una enfermedad o accidente amparados o por cualquier tratamiento relacionado con los mismos, es de 180 (ciento ochenta) días continuos durante los 365 (trescientos sesenta y cinco) días siguientes a la primera admisión.

Una vez transcurrido este plazo los gastos que se originen, serán cubiertos por el Asegurado Titular deslindando a la Aseguradora de cualquier responsabilidad u obligación derivada de estos.

25. PERIODO DE BENEFICIO: Durante el tiempo que la póliza se encuentre en vigor, los gastos para cada enfermedad o accidente amparado, se continuarán pagando de acuerdo a las condiciones de esta póliza hasta agotar la Suma Asegurada, con la aplicación del deducible y coaseguro contratados.

Se considerará que los gastos médicos ocurren en la fecha en que se recibe el servicio médico correspondiente o en la que se efectúa la compra de los medicamentos o material médico y serán aplicables los términos y condiciones de la póliza que se encontraba en vigor el momento en que se efectuó dicho gasto.

En caso de que el Contratante o Asegurado no renueven la póliza, los gastos efectuados por Eventos amparados ocurridos dentro de la vigencia de la misma, se encontrarán cubiertos durante un mes contado a partir de la fecha de la terminación o hasta que se agote la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

26. PERIODO DE CARENIA DE BENEFICIOS:

- a. El derecho de indemnización entrará en vigor cuatro (4) semanas después de la fecha de Efectividad de la póliza. Sin embargo, este periodo de carencia no se aplica tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata y de enfermedades que después de una evaluación Médica, se compruebe que la vida del asegurado esta en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de “La Compañía”.
- b. Los gastos incurridos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus no serán cubiertos durante los 4 (cuatro) años de cobertura posteriores a la fecha de efectividad de la póliza

27. ELIMINACIÓN DEL PERIODO DE CARENIA DE BENEFICIOS: Tratándose del inciso a) del punto 26.- PERIODO DE CARENIA DE BENEFICIOS, la Aseguradora podrá eliminar este “Periodo” si los asegurados se encontraban cubiertos bajo una póliza de gastos médicos vigente con otra Institución de Seguros por lo menos durante 1 (un) año continuo y que la Fecha de Efectividad de esta póliza comience dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de expiración de la cobertura previa. La cobertura anterior debe ser declarada en la solicitud del Seguro. Este beneficio está sujeto a la presentación de la póliza y del recibo del pago de la prima del año anterior.

Si el PERIODO DE CARENCIA DE BENEFICIOS es eliminado, los beneficios pagaderos por cualquier condición incurrida durante las primeras 4 (cuatro) semanas, están limitados mientras la póliza esté en vigor, al menor de los beneficios provistos por esta póliza o la póliza anterior.

VIII. - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre los gastos que se deriven de los conceptos que se enumeran a continuación, incluyendo el diagnóstico, tratamiento o complicaciones de los mismos.

1. El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad o cualquier cargo resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro que:
 - a. No sea médicamente necesario; o
 - b. Sea proporcionado a un Asegurado que no se encuentra bajo los cuidados de un médico; o
 - c. Que no sea autorizado o recetado por un médico.
2. Atención Médica Asistencial incluyendo pero no limitados a lugares de reposo, asilos para ancianos, ni para convalecientes.
3. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones auto infligidas o intento de suicidio, sin importar el estado de salud mental del Asegurado. Tratamientos para alcoholismo y otras toxicomanías así como sus complicaciones, incluyendo cualquier gasto médico a consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo el efecto de drogas no prescritas médicamente.
4. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o otros procedimientos para corregir desórdenes de refracción visual.
5. Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar, viajar o estudiar.
6. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o de cualquier tipo de medicina alternativa.
7. Cualquier enfermedad o lesión diferentes a las señaladas en el numeral 26, que se manifiesten durante las primeras cuatro (4) semanas de la Fecha de Efectividad de la póliza.
8. Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza. Esto también incluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido inducido por trauma. Evidencia del trauma en forma de fractura deberá confirmarse por estudio radiográfico (Rayos-X, tomografía computarizada, etc.)
9. Cualquier cargo relacionado con padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud o cuestionarios médicos, incluyendo el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad que surja como una complicación de los mismos.
10. Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado experimental, de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaria de Salud de la República Mexicana (SS) y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
11. Procedimientos para diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y / o psiquiátricas, desórdenes del desarrollo o de la conducta, Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.
12. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda del gasto usual y acostumbrado para el área geográfica en particular donde el tratamiento o el servicio fue suministrado.

13. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus de Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmisibles sexualmente.
14. Tratamiento o servicio por cualquier condición médica o mental, relacionados o resultantes de una complicación de aquellos servicios médicos o mentales u otras condiciones no cubiertas por esta póliza.
15. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso o cualquier forma de suplemento alimenticio (a menos que sea necesario para mantener la vida de una persona gravemente enferma).
16. Cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado, a cuidado de los pies relacionado con callos, espolones, juanetes (Hallux Valgus), dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicura, zapatos especiales o soportes de cualquier tipo o forma
17. Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo o estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente del motivo por el que fue indicado.
18. Tratamiento de lesiones resultantes de la participación directa del Asegurado en cualquier actividad peligrosa.
19. Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta.
20. Cualquier enfermedad o desorden congénito como se define en esta póliza, excepto lo estipulado en el numeral 14) **DESORDENES HEREDITARIOS Y CONGENITOS** del Capítulo VII.- **GASTOS CUBIERTOS**
21. Terminación del embarazo voluntariamente inducido a menos que la madre esté en peligro de muerte inminente.
22. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionados con un accidente cubierto o después de 90 días de la fecha de tal accidente
23. Tratamiento de lesiones que se produzcan, mientras el Asegurado se encuentra en servicio de una unidad militar o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.
24. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH, durante los 4 (cuatro años) de cobertura posteriores a la fecha de efectividad de la póliza.
25. Una admisión electiva en un hospital, sanatorio o clínica antes de una cirugía programada o para estudios, excepto si es aprobada por la Aseguradora.
26. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
27. Tratamiento proporcionado o suministrado por el cónyuge, concubinario, hermanos, hijos o padres de cualquier asegurado de esta póliza.
28. Medicamentos de venta libre, medicamentos obtenidos sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el

Asegurado estuvo ingresado en el hospital, sanatorio o clínica y medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.

- 29. Equipo de riñón artificial para uso residencial.**
- 30. Tratamiento por lesiones sufridas, mientras viaja como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada, excepto si se contrata la cobertura adicional.**
- 31. Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, dispositivo mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la crío preservación por más de veinticuatro horas de duración.**
- 32. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.**
- 33. Cualquier tratamiento relacionado con el trasplante de órganos, incluyendo pero no limitado a la transportación de órganos humanos, artificiales o de animales, excepto si se contrata la cobertura adicional.**
- 34. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o de beneficencia pública.**

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0065-0632-2007 de fecha 17/12/2007.

INTERNATIONAL HEADQUARTERS

Blvd. Manuel Avila Camacho #88 piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México D.F.
Website: <http://www.amedexsadc.com> • Teléfonos: (5)52-02-1701 • Fax (5)52-02-20-97