



Plan Acceso
Médico
Seguro Médico a tu Alcance

Condiciones Generales

ÍNDICE

Definiciones _____	4
Objeto del Seguro _____	7
Descripción de las Coberturas _____	7
Exclusiones y Gastos No Cubiertos _____	9
Cláusulas Generales del Contrato _____	10

1. Definiciones.

Accidente Cubierto.

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado que requiera atención médica de primer contacto, es decir, medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia u oftalmología, siempre que estas atenciones médicas ocurran dentro de los 30 días siguientes a la fecha del accidente, y se originen durante el periodo de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente. No se considerará como accidente cubierto, a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

Agente de Seguros.

Es la persona autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para realizar actividades de intermediación en la contratación de seguros.

Asegurado.

Es la persona física que forma parte de la Colectividad Asegurada cubierta por el contrato de seguro, tendrá el carácter de Titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente certificado individual de la póliza. En caso de que se extienda la cobertura a sus Dependientes Económicos, éstos podrán ser su cónyuge, hijos y/o ascendientes, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que La Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Carátula de la Póliza.

Documento que forma parte del contrato de

seguro, el cual contiene las características del plan contratado, coberturas, sumas aseguradas, copagos, características de la Colectividad Asegurada, prima pactada, periodicidad de pago, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza.

Certificado Individual.

Documento en el cual se establece, nombre, teléfono y domicilio de La Compañía, firma del funcionario autorizado de La Compañía, operación del seguro, número de póliza y certificado, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento de(los) Asegurado(s), fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla.

Colectividad Asegurada.

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por La Compañía, cuyos nombres se incluyen en el registro de Asegurados de la póliza.

Contratante.

Aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato de seguro para terceras personas, quién es responsable ante La Compañía del pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

Copago.

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la consulta médica, medicamentos o estudios, etc. que representa una parte del valor de los servicios médicos cubiertos. Esta participación es una cantidad previamente establecida en la carátula de la póliza, endosos y/o certificado individual que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija.



Urgencia Médica.

Una urgencia médica es toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado, de alguno de sus órganos o de su integridad física y que requiera una actuación médica inmediata.

Endoso.

Documento que modifica y/o adiciona este contrato de seguro.

Enfermedad o Padecimiento Cubierto.

Se entenderá por enfermedad o padecimiento cubierto, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que dé inicio durante la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente que amerite tratamiento médico de primer contacto, es decir, medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia u oftalmología.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como de su tratamiento médico, es decir sus consecuencias, recurrencias, recaídas, complicaciones y/o secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Evento.

Se entenderá por evento a un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.

Exclusiones.

Son los eventos, gastos o padecimientos no cubiertos por la póliza.

Gasto Usual y Acostumbrado.

Monto o valor que convencionalmente paga La Compañía a sus prestadores de servicios médicos pertenecientes a su Red, en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

Honorario Médico.

Es la cantidad monetaria que el Médico cobra por concepto de servicios o tratamientos practicados al Asegurado con motivo de un accidente o enfermedad cubierta.

Indemnización.

Pago efectuado conforme a lo establecido en el contrato de seguro como consecuencia de la realización del riesgo cubierto en el mismo.

La Compañía.

En lo sucesivo, toda mención de La Compañía se refiere a Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V.

Lugar de Residencia.

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

Medicina Preventiva.

Es la serie de acciones generales, específicas, de limitación del daño y de control, que evitan la ocurrencia o evolución de un daño a la salud por efecto de la presencia de padecimientos potenciales o presentes en la población asegurada.

Medicamentos.

Es uno o más fármacos, integrados en una fórmula, destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar



estados fisiológicos. Su utilidad se prevé en la indicación terapéutica del fabricante y se utilizan bajo la prescripción del médico tratante.

Médico.

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser médico general o médico especialista, en este caso deberá tener el certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Médico de Primer Contacto.

Son aquellos médicos que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios Médicos con los que puede recurrir directamente el Asegurado para la atención de cualquier enfermedad o accidente cubierto, y definen si es necesario que el paciente sea atendido en Servicios Médicos Especializados.

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

- a. Medicina General
- b. Medicina Interna
- c. Ginecología y Obstetricia
- d. Pediatría

Pago Directo.

Beneficio mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al médico, farmacia o laboratorio pertenecientes a su Red de Prestadores de Servicios, por servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la reclamación.

Prima.

Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del Contratante.

Reclamación.

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante La Compañía, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. La Compañía será quien define si es o no procedente de acuerdo a las condiciones de la póliza.

Red o Red de Prestadores de Servicios.

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios y gabinetes con los que La Compañía mantiene convenio para brindar servicios de recuperación de la salud del Asegurado, que así lo desee.

Reembolso.

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. La Compañía reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el copago correspondiente, ajustándose a los límites y condiciones de esta póliza.

Registro de Asegurados.

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos: Operación y plan del seguro, nombre, edad y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla, fecha en que entra en vigor el seguro para cada Asegurado, fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

Renovación de la Póliza.

Acto jurídico por el cual La Compañía realiza la emisión de la póliza por otro periodo consecutivo, con el objeto de mantenerla en vigor.



Siniestro.

Término que define la ocurrencia del evento previsto y cubierto en la póliza de seguro.

Solicitud.

Documento mediante el cual el solicitante da a conocer a La Compañía las necesidades de cobertura de la Colectividad Asegurada. Dicho documento sirve como base para la emisión de la póliza, forma parte integrante del contrato y es prueba de la celebración del mismo.

Suma Asegurada.

Es la cantidad máxima de responsabilidad de La Compañía por cada Asegurado para cada cobertura contratada con base en las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, certificados individuales, endosos y cláusulas correspondientes.

Tarjeta de Identificación.

Tarjeta expedida por La Compañía en la fecha de alta al seguro, misma que sirve sólo para identificarse como Asegurado de La Compañía, no tiene valor alguno.

Vigencia.

Periodo de validez del contrato de seguro que se indica en la carátula de la póliza y certificados individuales, siempre que la prima sea pagada dentro del período convenido.

2. Objeto del Seguro

2.1 Objeto del Seguro. Con el propósito de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, Medi Access Seguros de Salud, S. A. de C. V., denominada en adelante “La Compañía”, ofrece un Plan de Salud Colectivo dentro del territorio nacional, consistente en el otorgamiento de atención médica de primer nivel dirigida a prevenir, mantener y recuperar la salud del

Asegurado, de acuerdo a las coberturas contratadas y mediante el pago de la prima correspondiente.

3. Descripción de las Coberturas

Se podrán contratar cualquiera de las siguientes coberturas, en cuyo caso, este hecho deberá hacerse constar necesariamente en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

3.1 Básicas

Consultas. Bajo esta cobertura se encuentra amparado el servicio de consultas médicas de primer contacto, las cuales se listan a continuación:

- a. Medicina General
- b. Medicina Interna
- c. Ginecología y Obstetricia
- d. Pediatría

El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de La Compañía.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio y se aplicará para cada servicio o atención médica.

El número de consultas y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Consultas de Medicina Preventiva. Bajo esta cobertura se encuentra amparado las consultas de Medicina Preventiva. Las consultas de Medicina Preventiva que La Compañía ofrece tienen un enfoque de Salud Pública basado en el agotamiento de los niveles de prevención primaria, buscando



evitar la presentación de la enfermedad.

Los programas de atención preventiva que La Compañía podrá ofrecer a los Asegurados dependiendo en cada caso de la infraestructura de la Red en la localidad son:

Consultas Clínica del Niño Sano

Orientado a mejorar los niveles de salud del niño, a través de la disminución de la frecuencia de enfermedades propias de la infancia.

Consultas Clínica del Adolescente

Orientado a vigilar el crecimiento y desarrollo del adolescente.

Consultas Clínica de la Mujer

Orientado a mejorar los niveles de salud, a través de una orientación adecuada para la prevención de enfermedades propias de la Mujer.

Consultas Clínica de Diabetes

Orientado a mejorar los niveles de salud del Asegurado con diabetes, a través de un monitoreo adecuado. El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de prestadores de Servicios de La Compañía.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio, y se aplicará para cada servicio o atención médica. El número de consultas y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

3.2 Adicionales

Medicamentos

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura

gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente: Estarán cubiertos los medicamentos listados en el endoso respectivo hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Primer Contacto y/o de Medicina Preventiva y estén en relación al diagnóstico de la consulta.

Las recetas podrán canjearse en una farmacia de la Red dentro de los tres días siguientes posteriores de su expedición.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio y se aplicará para cada caja o producto de medicamento. La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Servicios de Diagnóstico

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente: Estarán cubiertos los estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando estos hayan sido prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y/o de Medicina Preventiva y estén en relación al diagnóstico de la consulta. Estos servicios podrán practicarse en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio y se aplicará para cada estudio practicado.

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual

correspondiente.

4. Exclusiones y Gastos No Cubiertos.

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada una de las coberturas contratadas, La Compañía expresamente manifiesta que no asumirá responsabilidad por siniestros que se originen por, o sean consecuencia de:

4.1 Participación directa del Asegurado en Actividades de Alto Riesgo

4.2. Actividades militares o policíacas de cualquier tipo

4.3 Actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión

4.4 Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable

4.5 La práctica profesional de cualquier deporte, excepto en aquellos casos en que sea declarado, se someta a solicitud y revisión por La Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente

4.6 Riñas, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador

4.7 Manejo de explosivos y/o armas

4.8 Tratamientos Relacionados con el Embarazo

Se consideran como tratamientos relacionados con el embarazo, aquéllos que se aplican en los siguientes casos:

- a. Abortos punibles
- b. Legrados punibles
- c. Complicaciones del embarazo
- d. Parto o Cesárea

4.9 Revisiones de Rutina (Check-up's)

- a. Curas de reposos o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como "Check-up's"
- b. Acontecimientos catastróficos por:
- c. Epidemias, pandemias o pestes declaradas oficialmente
- d. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales.

4.10 Gastos de Honorarios Médicos de Familiares. Los gastos por honorarios médicos, cuando el médico sea el mismo Asegurado o se trate de sus padres, hijos, cónyuge o hermanos.

4.11 Gastos Hospitalarios. Todos los gastos del Asegurado por concepto de honorarios médicos a consecuencia de cualquier intervención quirúrgica, servicios de hospitalización, así como los honorarios derivados del mismo.

4.12 Otros Gastos No Cubiertos. Los gastos realizados por los siguientes conceptos:

- a. Los estudios especializados siguientes: tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopia, mastografía, ecocardiografía, angiografías interconsultas externas y ecometría de ojo
- b. Vacunas de cualquier tipo y su aplicación



- c. **Atención médica en el extranjero**
- d. **Todo honorario médico que no sea por concepto de medicina de primer contacto es decir, solo se cubre medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia u oftalmología.**

5. Cláusulas

Contrato.

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, la Carátula de la Póliza, el certificado individual correspondiente, la tabla de honorarios médicos, las Condiciones Generales, los endosos adicionales en su caso y el Folleto Explicativo y el recibo de pago de primas constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y La Compañía.

Periodo de Beneficio.

Por cada padecimiento que sufra el Asegurado estando la póliza vigente, se establecerá un periodo de beneficio, tiempo durante el cual se cubrirán los servicios de Salud que requiera el Asegurado terminando:

- a. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
- b. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- c. Después de dos años contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia de la póliza.

Modificaciones en la Red.

La Compañía informará a los Asegurados por escrito dentro de los quince (15) días

hábiles siguientes en que éstos sucedan de los cambios a la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

Renovación.

La Compañía podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. El contrato se renovará por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo alguna de las partes no comunica a la otra parte por escrito su voluntad de no renovarlo. El pago de la prima acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de aceptación del Contratante.

Cancelación, terminación, terminación anticipada y/o rescisión.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante
- b. La protección terminará para cada Asegurado al aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.
- c. Esta póliza será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o



declaración alguna.

- d. Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta los 64 años de edad cumplidos, previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que solicite La Compañía.

- a. Si la edad declarada sobre algún Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:
 - b. Si la edad real a la fecha de celebración de contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá y se reintegrará al Contratante la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.
 - c. Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, La Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
 - d. Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

- e. Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Compañía estará obligada a pagar la cantidad que resulta de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la Póliza.

- f. En caso de que La Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Residencia.

Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen dentro de la República Mexicana.

5.1 Movimientos de Asegurados.

Altas.

Las personas que ingresen a la Colectividad



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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo. La Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlos, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando La Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha de matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a La Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar, el acta de matrimonio respectiva. De no haberse

hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de La Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento siempre y cuando se le notifique a La Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de La Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Bajas.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo de inmediato y por escrito a La Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del



momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

En caso de que el Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar a La Compañía su baja de la Colectividad Asegurada.

5.2 Prima

Importe.

El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por La Compañía como prima, la cual será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. Esta se calculará de acuerdo a la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

Vencimiento.

La prima total vence al momento del inicio de vigencia del Contrato, y la prima fraccionada al inicio de vigencia del recibo correspondiente.

Forma de pago.

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, las partes podrán convenir que el periodo de pago de primas pueda ser anual, semestral, trimestral o mensual, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

Periodo de gracia o Plazo de pago de prima.

El Contratante tendrá como máximo un periodo de treinta (30) días naturales, conocido como periodo de gracia, contados a partir del inicio de vigencia del seguro, para liquidar el importe del total de la prima y en caso de haber pactado pagos fraccionados sólo aplicará dicho periodo de gracia en el primer recibo emitido del contrato. Si el Contratante no hubiere cubierto el total de la prima o la fracción pactada al final del último día del periodo de gracia los efectos de este contrato cesarán automáticamente, cancelándose además todos los recibos pendientes de pago.

Ajuste de Primas.

En caso de altas de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, La Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro, emitiendo el recibo correspondiente.

Pago de prima.

El Contratante será el único responsable ante La Compañía del pago de la totalidad de la prima. Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de La Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, retenciones vía nómina, etc. El estado de cuenta o recibo donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

5.3 Comisiones.

En cualquier momento 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 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.4 Notificaciones y/o Comunicaciones.

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de La Compañía, señalado en la Carátula de la Póliza. En los casos en que el domicilio de La Compañía llegare a ser diferente del que conste en la Carátula de la Póliza, La Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que La Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca La Compañía.

5.5 Rectificaciones. 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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

5.6 Modificaciones. Cualquier modificación del presente contrato, deberá hacerse por escrito y previo acuerdo entre las partes. Dichas modificaciones deberán estar registradas mediante endoso ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (C.N.S.F.).

En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones a la Póliza.

5.7 Omisiones o Inexactas Declaraciones.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a La Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la Póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado y/o Beneficiario(s), la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que el monto de su suma asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad y aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y otorgaron su consentimiento después de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

5.8 Procedimiento para la Atención Médica.

El Asegurado deberá seguir íntegramente el procedimiento que se indica a continuación para la obtención de cada uno de los servicios



cubiertos presentando siempre su tarjeta de identificación:

Consultas Médicas. Para obtener cita para una consulta de primer contacto sólo es necesario llamar a nuestros teléfonos:

CDMX y Área Metropolitana:
55-9150-2954

Desde el interior del país:
800-681-0341

Consulta Médicas fuera de horario. Este servicio es para aquellos Asegurados que por algún motivo necesitan atención médica y no puedan esperar a programar su cita con su médico personal.

CDMX y Área Metropolitana:
55-9150-2954

Desde el interior del país:
800-681-0341

Medicamentos. Cuando su médico de primer contacto le prescriba alguno de los medicamentos cubiertos por esta póliza, deberá surtir dichos medicamentos en la farmacia de la Red, para que le sean entregadas sus medicinas, previa entrega de su receta.

Deberá recoger sus medicamentos dentro de los 3 días siguientes posteriores a la fecha de expedición de su receta.

Servicios de Diagnóstico. Cuando el médico tratante de primer contacto les solicite estudios de laboratorio, gabinete y/o imagenología, deberá presentarse en el centro de diagnóstico de la Red que usted elija, y recibir las indicaciones necesarias para su estudio, así como la fecha en que se practicará dicho estudio.

5.9 Pago de indemnizaciones.

Cuantía del pago.

La cantidad que se les pagará directamente a los Médicos de La Compañía, será igual a la suma de todos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo a las condiciones de la Póliza y a los aranceles pactados previamente con la Red de Prestadores de Servicios.

Pagos improcedentes.

Cualquier pago realizado indebidamente a un Proveedor Médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a La Compañía.

Pagos por reembolso.

La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios de La Compañía no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en la Póliza, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. Se entiende por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente a la propia Red de Prestadores de Servicios de La Compañía y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica.

En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica o bien si tomo la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios de La Compañía, es obligación del mismo dar aviso por escrito a La Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier



urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a La Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: notas, facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación del gasto efectuados quedaran en poder de La Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a.** Aviso de accidente o enfermedad; Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por El Asegurado de la Póliza.
- b.** Informe Médico; El documento será requisitado por él o (los) Médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
- c.** Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a La Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
- d.** Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.
- e.** Las notas o facturas de medicamentos

deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.

Cada recibo por honorarios, deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, medicamentos o estudios). El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para El Asegurado de que se trate al momento en que se originó el siniestro. No se hará, por parte de La Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente Póliza, en ningún caso excederá el gasto usual y acostumbrado de la Red de Prestadores de Servicios de La Compañía.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones, limitaciones de la Póliza y aplicando un copago adicional a los gastos realizados fuera de la Red conforme a lo siguiente:

Concepto Copago.

- a.** Urgencia fuera de Red
Con aviso dentro de los 5 días hábiles



siguientes: 0% (cero por ciento)

b. Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 20% de la indemnización procedente.

Atención fuera de la Red:

a. Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 50% de la indemnización procedente

b. Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 50%+20% de la indemnización procedente.

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 y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

5.10 Cobros por servicios no cubiertos.

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas o si bien se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión de la Póliza.

5.11 Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época en que se efectúen de los mismos.

5.12 Intereses Moratorios. Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple

con sus obligaciones de este Contrato en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares



de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación

principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”(Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)

5.13 Subrogación.

La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado.

El Asegurado tendrá obligación de cooperar con La Compañía para recuperar el daño, el

incumplimiento de esta obligación facultará a La Compañía a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de 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.

5.14 Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, 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 Compañía 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.

En términos de los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y



reclamaciones de La Compañía, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5.15 Daño Moral.

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, aun cuando se hayan elegido de la Red de Prestadores de Servicios Médicos con los que La Compañía tenga celebrados convenios, asume que la relación que establece el Asegurado con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que La Compañía no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

5.16 Competencia.

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el reclamante podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente por el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicado en el Diario Oficial de la federación el 3 de junio de 1996.

En todo caso, queda a elección del reclamante hacer valer sus derechos de conformidad con lo previsto en las disposiciones mencionadas en el párrafo anterior, o acudir ante los Tribunales Jurisdiccionales competentes

en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

5.17 Régimen Fiscal.

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado, cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

5.18 Derechos de los Asegurados.

Los Asegurados que requieran algún servicio médico de acuerdo a las condiciones del plan tendrán los siguientes derechos:

- a. Acceso expedito a los servicios.
- b. Trato respetuoso y digno en todo momento.
- c. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
- d. Seguridad personal durante el proceso de su atención tanto a él como a sus acompañantes.
- e. Conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- f. Ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que respecto a las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- g. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado por el médico



tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.

h. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

i. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en esta póliza.

j. A decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.

k. Seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.

5.19 Obligaciones del Contratante.

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza.

a. Comunicar a La Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.

b. Comunicar a La Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.

c. Dar aviso a La Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a modificaciones en las primas, de acuerdo con las reglas y condiciones

establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

Todos los movimientos se deberán informar a La Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes en que éstos ocurran, si no, La Compañía podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos, así como exigir el pago de primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ello.

5.20 Cambio de Contratante.

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, La Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato acceder al sitio:

www.segurosmediaccess.com.mx



Cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos 55-1085-2000, o visite www.segurosmediaccess.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono 55-5448-7000 en la CDMX y del interior de la República al 800-999-8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

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 diciembre de 2012, con el número CNSF-H0702-0080-2012 / CONDUSEF-001828-01.

