



Seguro de Gastos Médicos Internacionales

**Planes Internacionales de Gastos Médicos para México
Allianz Care**

→ [Condiciones Generales](#)



Índice

1. OBJETO DEL SEGURO	7
2. DEFINICIONES	7
2.1 Accidente	7
2.2 Agudo	7
2.3 Antecedentes familiares en el historial clínico	7
2.4 Año de Seguro	7
2.5 Asegurado	8
2.6 Asegurado titular	8
2.7 Asistencia dental ambulatoria de emergencia	8
2.8 Asistencia prenatal	8
2.9 Asistencia postnata	8
2.10 Atención de maternidad de rutina	9
2.11 Carátula	9
2.12 Cirugía ambulatoria	9
2.13 Cirugía preventiva	9
2.14 Complicaciones durante el embarazo	9
2.15 Complicaciones durante el parto	10
2.16 Conservación de células madre	10
2.17 Contratante	10
2.18 Copago	10
2.19 Corrección refractiva con láser	10
2.20 Costos médicos del donante vivo	10
2.21 Cuidados a largo plazo	11
2.22 Cuidados de enfermería en domicilio o clínica de recuperación médica	11
2.23 Cuidados paliativos	11
2.24 Deducible	11
2.25 Dependientes	12
2.26 Dispositivos de ayuda médica con prescripción	12
2.27 Embarazo	12
2.28 Emergencia	12
2.29 Endoso	12
2.30 Enfermedad crónica	13

2.31 Enfermedad hereditaria.....	13
2.32 Especialista.....	13
2.33 Evacuación médica.....	13
2.34 Fecha de alta.....	14
2.35 Fecha de antigüedad.....	14
2.36 Fisioterapia prescrita.....	14
2.37 Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista.....	15
2.38 Gastos de alojamiento en hospital para uno de los padres que acompañe a un asegurado menor de 18 años.....	15
2.39 Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.....	15
2.40 Gastos para una persona acompañante de un paciente evacuado.....	15
2.41 Habitación en hospital.....	15
2.42 Honorarios de dietista.....	16
2.43 Honorarios de especialista.....	16
2.44 Honorarios de partera/Comadrona.....	16
2.45 Honorarios médicos.....	16
2.46 Hospital o sanatorio.....	16
2.47 Logopedia.....	17
2.48 Implantes y Materiales quirúrgicos.....	17
2.49 Medicamentos ambulatorios especializados.....	17
2.50 Medicamentos con prescripción médica.....	17
2.51 Medicamentos especializados de uso ambulatorio.....	17
2.52 Médico.....	18
2.53 Necesidad médica.....	18
2.54 Nutricionista.....	18
2.55 Obesidad.....	19
2.56 Oncología.....	19
2.57 Padecimiento o enfermedad preexistente.....	19
2.58 Padecimiento congénito.....	20
2.59 Pago directo.....	20
2.60 País de origen.....	20
2.61 País principal de residencia.....	20
2.62 Periodo de espera.....	21
2.63 Póliza.....	21
2.64 Podología.....	21
2.65 Prestadores de servicios médicos.....	21

2.66 Programación de cirugías.....	21
2.67 Prótesis.....	21
2.68 Pruebas diagnósticas.....	22
2.69 Psiquiatría y psicoterapia.....	22
2.70 Razonable y habitual.....	22
2.71 Reembolso.....	22
2.72 Repatriación de restos mortales.....	22
2.73 Revisión del recién nacido.....	23
2.74 Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.....	23
2.75 Salud.....	24
2.76 Segunda opinión médica.....	24
2.77 Suscripción médica.....	24
2.78 Terapeuta.....	24
2.79 Terapia oculomotora.....	24
2.80 Terapia ocupacional.....	24
2.81 Transporte local en ambulancia.....	25
2.82 Trasplante de órganos.....	25
2.83 Tratamiento.....	25
2.84 Terapia alternativa.....	25
2.85 Tratamiento ambulatorio.....	25
2.86 Tratamiento de rehabilitación.....	26
2.87 Tratamiento dental hospitalario de emergencia.....	26
2.88 Tratamiento en ingreso ambulatorio.....	26
2.89 Tratamiento hospitalario.....	26
2.90 Tratamiento ortomolecular.....	26
2.91 Tratamiento preventivo.....	27
2.92 Tratamiento VIH / SIDA.....	27
2.93 Visitas a domicilio.....	27
3. CONTRATO.....	27
3.1 Bases del Contrato.....	27
3.2 Costo de Adquisición.....	27
3.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	28
3.4 Agravación del Riesgo.....	28
3.5 Rescisión del Contrato.....	29
3.6 Rectificación de la Póliza.....	30
3.7 Rehabilitación de la Póliza.....	30
3.8 Modificaciones al Contrato.....	31

3.9 Competencia.....	31
3.10 Notificaciones.....	32
3.11 Deducibilidad.....	32
3.12 Cláusula de Sanciones y Embargos.....	32
3.13 Comunicaciones.....	32
4. VIGENCIA DEL SEGURO.....	33
4.1 Inicio de Vigencia.....	33
4.2 Terminación de Vigencia.....	34
4.3 Renovación Garantizada.....	34
4.4 Derecho de Conversión.....	35
4.5 Edad.....	35
4.6 Terminación Anticipada.....	35
5. SUMA ASEGURADA.....	36
6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	37
6.1 Primas.....	37
6.2 Forma de Pago.....	38
6.3 Vencimiento.....	38
6.4 Lugar de Pago.....	38
6.5 Periodo de Gracia.....	38
6.6 Otros Seguros.....	39
6.7 Inclusión de Nuevos Dependientes.....	39
7. COBERTURA BÁSICA.....	40
7.1 Cobertura Dental.....	45
8. ASISTENCIA.....	46
8.1 Definiciones para Asistencia.....	46
8.2 Definición de Eventos Cubiertos.....	47
8.3 Beneficios y Límites.....	48
8.4 Descripción de Beneficios.....	48
8.5 Exclusiones Generales de la Asistencia.....	51

9. EXCLUSIONES GENERALES	54
10. INDEMNIZACIÓN	60
10.1 Preautorización	60
10.2 Reembolso	61
10.3 Deducible.....	62
10.4 Periodo de Beneficio	62
10.5 Causa Mayor	63
10.6 Pago de Indemnizaciones	63
10.7 Arbitraje.....	64
10.8 Moneda.....	64
10.9 Interés Moratorio.....	65
10.10 Subrogación.....	67
10.11 Prescripción.....	68

1. OBJETO DEL SEGURO

Allianz México, S.A Compañía de Seguros denominada en adelante como “Allianz”, se obliga a reembolsar al Asegurado los gastos médicos amparados por este contrato que sean erogados para recuperar la salud o vigor vital del Asegurado a causa de una enfermedad o accidente amparado por este contrato.

2. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aclaran el sentido de las palabras y frases normalmente utilizadas en la documentación de nuestros planes de gastos médicos. Los beneficios para los que está cubierto se listan en su tabla de beneficios. Cuando algunos de los siguientes términos se mencionen en los documentos de su póliza, su significado será el que se indica a continuación:

2.1 ACCIDENTE

Suceso inesperado y repentino, que provoca una lesión y que es debido a una causa externa al asegurado. La causa y los síntomas de la lesión tienen que estar médica y objetivamente definidos, deben poder diagnosticarse y requerir un tratamiento terapéutico.

2.2 AGUDO

Se refiere a una aparición repentina de síntomas o una condición médica.

2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES EN EL HISTORIAL CLÍNICO

Existen cuando un padre, abuelo, hermano, hijo o tío han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.

2.4 AÑO DE SEGURO

Período que empieza en la fecha en que entra en vigor la póliza (indicada en el certificado de seguro) y que termina exactamente un año después.

2.5 ASEGURADO

Persona física que reside en territorio mexicano, que se muestra en la carátula de la Póliza y ha sido aceptado por Allianz para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Para efectos de esta Póliza, se entenderá como Asegurado, el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

2.6 ASEGURADO TITULAR

Persona física, que a la fecha de inicio de vigencia de la póliza cuenta con plena capacidad de goce y de ejercicio y que es responsable, en primera instancia, de pagar los gastos médicos ocasionados por la atención médica de su propia persona y en su caso, la de sus Dependientes económicos. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

2.7 ASISTENCIA DENTAL AMBULATORIA DE EMERGENCIA

Atención recibida en una clínica dental o en la unidad de emergencias de un hospital con el propósito de aliviar el dolor dental causado por un accidente o una lesión recibida en un diente sano natural, incluyendo pulpotomía o pulpectomía y los consecuentes empastes/restauraciones provisionales, limitado a tres empastes/restauraciones por año de seguro. El tratamiento debe recibirse en las primeras 24 horas tras el incidente que ha causado la emergencia. **Este beneficio no incluye ningún tipo de prótesis dentales o restauraciones permanentes ni la continuación del tratamiento del conducto radicular (endodoncia).**

2.8 ASISTENCIA PRENATAL

Incluye las consultas y pruebas de detección común y seguimiento necesarias durante el embarazo. Para mujeres con más de 35 años de edad, la prestación incluye pruebas de triple screening o cribado, cuádruple y de espina bífida, amniocentesis y pruebas de ADN relacionadas con la amniocentesis, si están directamente relacionadas con una amniocentesis elegible.

2.9 ASISTENCIA POSNATAL

Asistencia médica rutinaria que recibe la madre hasta seis semanas después del parto.

2.10 ATENCIÓN DE MATERNIDAD DE RUTINA

Gastos que desde el punto de vista médico, se estimen necesarios durante el embarazo y el parto y entre los que se incluyen los gastos hospitalarios, los honorarios de los especialistas, la atención pre y posnatal de la madre, los honorarios de la partera/comadrona (para la asistencia proporcionada solamente durante el parto) y los cuidados necesitados por el recién nacido (consulte la definición de “Revisión del recién nacido” para conocer lo que cubrimos con este beneficio y para límites de tratamiento que se aplican a bebés de parto múltiple nacidos como resultado de reproducción médicamente asistida). **Los costos derivados de complicaciones durante el embarazo y del parto no están cubiertos por este beneficio.** Además, cualquier cesárea que no sea necesaria desde el punto de vista médico se cubrirá hasta el límite máximo representado por el costo de un parto natural llevado a cabo en el mismo hospital (esta condición está sujeta a los límites de la prestación La atención ambulatoria está cubierta bajo el plan de asistencia ambulatoria.

2.11 CARÁTULA

Documento emitido por Allianz en el que se indican los detalles su póliza. El documento confirma la existencia de un contrato de seguro entre usted y Allianz.

2.12 CIRUGÍA AMBULATORIA

Intervención quirúrgica practicada en la consulta de un médico, hospital, clínica o ambulatorio que no requiere que el paciente permanezca en el centro médico durante la noche por necesidad médica. La cobertura incluye también las pruebas de diagnóstico llevadas a cabo mientras el paciente está bajo anestesia.

2.13 CIRUGÍA PREVENTIVA

Es la mastectomía profiláctica o la ooforectomía profiláctica. La cirugía preventiva se cubre cuando la asegurada:

- tiene antecedentes familiares directos en su historial clínico de una enfermedad que es parte del síndrome de cáncer hereditario, por ejemplo, cáncer de mama o cáncer ovárico, y
- las pruebas genéticas han confirmado la presencia del síndrome de cáncer hereditario.

2.14 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Se refieren a la salud de la madre e incluyen complicaciones que pueden presentarse durante las etapas prenatales del embarazo.

2.15 COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

Dificultades que se presenten en el momento del parto y que requieran la intervención de un obstetra certificado. Si el plan del asegurado incluye la atención de maternidad de rutina, las complicaciones durante el parto incluyen las cesáreas necesarias por razones médicas.

2.16 CONSERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE

Procedimiento para el asegurado incluyendo los costos de extracción y un año de conservación de las células madre. El límite del beneficio se aplica a la madre asegurada por embarazo. **No se cubren costos de transporte ni alojamiento si no hay un centro de conservación disponible en el país en el que nace el bebé.**

2.17 CONTRATANTE

Es aquella persona física, mayor de edad, o moral que solicitó la celebración del presente contrato para sí y/o para terceras personas y que tiene como obligación el pago de la Prima.

2.18 COPAGO

Porcentaje de los gastos médicos que corre a cargo del asegurado. Los copagos se aplican por persona y tratamiento de acuerdo lo indicado en la tabla de beneficios.

2.19 CORRECCIÓN REFRACTIVA CON LÁSER

Es la corrección quirúrgica de la calidad refractiva de la córnea utilizando tecnología láser, incluyendo las pruebas preoperatorias necesarias.

2.20 COSTOS MÉDICOS DEL DONANTE VIVO

Gastos médicos del donante para trasplantes de órganos realizados en hospitalización o en ingreso ambulatorio. También incluye todas las pruebas necesarias para determinar la compatibilidad una vez que se ha identificado un donante potencial. Los costos solamente se cubrirán cuando el asegurado sea el receptor del órgano del donante.

2.21 CUIDADOS A LARGO PLAZO

Se refiere a la atención durante un período prolongado de tiempo después de que se haya completado el tratamiento agudo, por lo general de una enfermedad crónica o discapacidad que requiera unos cuidados de forma periódica, intermitente o continua. Los cuidados a largo plazo se pueden cubrir en el domicilio, en un centro comunitario, en un hospital o en un centro de recuperación.

2.22 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO O CLÍNICA DE RECUPERACIÓN MÉDICA

Se refiere a los cuidados de enfermería recibidos inmediatamente después o en lugar de una hospitalización o tratamiento en ingreso ambulatorio. El beneficio, si aparece en la tabla de beneficios, se abonará solamente cuando el médico tratante decida (y nuestra área médica esté de acuerdo) que es médicamente necesario para el asegurado alojarse en un centro de recuperación o disponer de cuidados de enfermería en el domicilio. **No se proporciona cobertura para spas, centros de cura y centros de salud o en relación con cuidados paliativos o cuidados a largo plazo (ver las definiciones de cuidados paliativos y cuidados a largo plazo).**

2.23 CUIDADOS PALIATIVOS

Se refiere a un tratamiento continuo necesario para aliviar el sufrimiento físico/psicológico asociado con una enfermedad progresiva e incurable y para mantener una calidad de vida aceptable. El tratamiento hospitalario, en ingreso o ambulatorio debe ser consecuente a un diagnóstico de enfermedad terminal, llevado a cabo cuando se sabe que el paciente no puede curarse. El beneficio incluye asistencia física y psicológica, estancia en hospital o residencia para enfermos terminales, asistencia de enfermería y medicamentos con prescripción médica.

2.24 DEDUCIBLE

Parte del costo a pagar por el asegurado que debe deducirse de la cantidad a reintegrar.

Se aplica por persona, de manera individual a cada uno de los asegurados incluidos en la póliza, y por año de seguro; por lo tanto, si el asegurado realiza un reclamo poco antes de cumplirse el año de seguro y su tratamiento continúa después de la fecha de renovación, el costo estará sujeto a dos deducibles (el que se aplica al primer año y el que se aplica al segundo).

Si el asegurado está cubierto por otro plan de gastos médicos proporcionado por otra aseguradora y con vigencia a nivel nacional, puede pedir que los reembolsos para tratamientos hospitalarios o en ingreso ambulatorio cubiertos por la aseguradora local se acepten como contribución al pago del deducible previsto por su plan de gastos médicos con Allianz. Esta condición se aplica solamente a beneficios elegibles de asistencia hospitalaria o en ingreso ambulatorio recibidos en un hospital o clínica.

2.25 DEPENDIENTES

Cónyuge o pareja (incluidas las parejas del mismo sexo) y/o hijos solteros (incluidos hijastros, hijos adoptivos o acogidos) que dependan financieramente del titular hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o hasta el día anterior a su 24 cumpleaños si son estudiantes a tiempo completo, y que aparecen en el certificado de seguro.

2.26 DISPOSITIVOS DE AYUDA MÉDICA CON PRESCRIPCIÓN

Se refiere a cualquier dispositivo prescrito y médicamente necesario para permitir al asegurado realizar sus funciones con capacidad compatible con la vida diaria cuando sea razonablemente posible. Esto incluye:

- Ayudas bioquímicas como bombas de insulina, medidores de glucosa y máquinas de diálisis peritoneal.
- Ayudas motrices como muletas, sillas de ruedas, soportes ortopédicos, miembros artificiales y prótesis.
- Audífonos y dispositivos para el habla como laringes electrónicas.
- Medias de compresión médicamente graduadas.
- Ayudas para heridas a largo plazo como vendajes y accesorios de ostomía.

Los costos de los dispositivos que forman parte de cuidados paliativos o cuidados a largo plazo (ver definición de cuidados paliativos y cuidados a largo plazo) no están cubiertos.

2.27 EMBARAZO

Periodo de tiempo que se extiende desde el momento en que se diagnostica el embarazo hasta la fecha del parto.

2.28 EMERGENCIA

Aparición repentina e imprevista de un dolor/padecimiento que exige atención urgente. Solamente los tratamientos que se inician en un plazo de 24 horas tras el episodio de emergencia están cubiertos.

2.29 ENDOSO

Documento que modifica las presentes Condiciones Generales y forma parte de este contrato de seguro.

2.30 ENFERMEDAD CRÓNICA

Enfermedad, dolencia, patología o lesión que dura más de seis meses o requiere atención médica (revisión o tratamiento) al menos una vez al año. Además, tiene una o más de las siguientes características:

- es de naturaleza recurrente;
- no tiene cura conocida ni generalmente reconocida;
- no se considera generalmente que responda bien al tratamiento;
- requiere cuidados paliativos;
- conduce a una incapacidad permanente.

2.31 ENFERMEDAD HEREDITARIA

Toda anomalía, deformidad, enfermedad o dolor/padecimiento que se haya transmitido de generación en generación en la familia del asegurado. Esto incluye, entre otras, la anemia falciforme y la enfermedad de Huntington.

2.32 ESPECIALISTA

Médico con la titulación y la experiencia necesarias para ejercer como especialista de las técnicas de diagnóstico, tratamiento y prevención en un campo específico de la medicina. Los psiquiatras y los psicólogos no están incluidos en este beneficio. Los tratamientos de psiquiatría y psicoterapia están cubiertos bajo un beneficio separado que, si se ha seleccionado, aparece en la tabla de beneficios.

2.33 EVACUACIÓN MÉDICA

Evacuación necesaria cuando el tratamiento requerido y cubierto por el plan no se encuentre disponible a nivel local, o bien cuando no se disponga de sangre compatible en casos de emergencia. En estos casos fuera de territorio mexicano evacuamos al asegurado al centro médico adecuado más cercano (que puede o no encontrarse en el país de origen del asegurado). La evacuación médica debe ser solicitada por el médico del paciente y se lleva a cabo de la forma más económica posible teniendo en cuenta las necesidades médicas del paciente. Tras la finalización del tratamiento, se cubre el costo del viaje de regreso en clase turista del paciente evacuado a su país principal de residencia.

Si al recibir el alta del hospital tras haber recibido atención hospitalaria las condiciones médicas del paciente no permitieran su evacuación o traslado, el beneficio cubre los gastos de alojamiento hasta un máximo de siete días en un hotel de tres estrellas, en una habitación privada con baño. El alojamiento en suites u hoteles de cuatro o cinco estrellas o el alojamiento de un acompañante no están cubiertos.

Si se ha evacuado el asegurado al centro médico adecuado más cercano para recibir un tratamiento prolongado, se cubren los gastos razonables de alojamiento en hotel, en una habitación privada con baño. El costo de dicho alojamiento tiene que ser más económico que el costo del transporte sucesivo entre el país principal de residencia y el centro médico adecuado más cercano. El costo de alojamiento para una persona acompañante no está cubierto.

Cuando la sangre compatible necesaria para transfusiones no esté disponible a nivel local, intentaremos, siempre que sea posible, localizar y transportar la sangre y el material de transfusión estéril, si el médico tratante lo requiere o si nuestros asesores médicos lo aconsejan. Allianz y las personas que actúan para la compañía no tenemos responsabilidad en el caso en que sus esfuerzos sean en vano o si la sangre o el material utilizado por los médicos tratantes estuviesen contaminados.

Los asegurados deben contactar con Allianz a la primera señal de que una evacuación médica es necesaria. Allianz organizará y coordinará rápidamente todas las fases de la evacuación médica hasta que el asegurado alcance el centro médico de destino. Nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de los gastos incurridos cuando la evacuación no haya estado organizada por Allianz.

2.34 FECHA DE ALTA

Es la fecha a partir de la cual inician los beneficios de este contrato y se indica en la carátula de la Póliza. Esta fecha podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en el Endoso de Antigüedad que en su caso se expida.

2.35 FECHA DE ANTIGÜEDAD

Para los efectos de esta Póliza, se considerará como Fecha de Antigüedad la fecha de Alta del Asegurado. La Fecha de Antigüedad podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en el Endoso de Antigüedad. Este concepto aplicará únicamente para los padecimientos cubiertos con periodo de espera.

2.36 FISIOTERAPIA PRESCRITA

Tratamiento llevado a cabo por un fisioterapeuta calificado/certificado tras la derivación del médico de cabecera. La fisioterapia está inicialmente restringida a 12 sesiones por diagnóstico, después de las cuales el médico que ha derivado al paciente deberá visitarlo otra vez y comprobar sus condiciones. Si son necesarias más sesiones, debe enviarse a la aseguradora un nuevo informe médico cada 12 sesiones en el que se indique la necesidad médica de continuar el tratamiento. **La fisioterapia no incluye tratamientos como el Rolfing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los «Milta».**

2.37 GAFAS Y LENTES DE CONTACTO CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA, INCLUYENDO REVISIÓN DE LA VISTA

Cobertura para revisión de la vista (una por asegurado por año de seguro) llevada a cabo por un optometrista u oftalmólogo, y para lentes de contacto y gafas graduadas para corregir los defectos de la vista.

2.38 GASTOS DE ALOJAMIENTO EN HOSPITAL PARA UNO DE LOS PADRES QUE ACOMPAÑE A UN ASEGURADO MENOR DE 18 AÑOS

Gastos correspondientes a la estancia en el hospital para uno de los padres durante el periodo en que el menor permanezca hospitalizado para recibir atención médica elegible. Si no hay camas disponibles en el hospital para uno de los padres, se reembolsarán los gastos equivalentes al costo de alojamiento en una habitación de hotel de tres estrellas. **No se cubren los gastos adicionales, como comidas, llamadas telefónicas, periódicos, etc.**

2.39 GASTOS DE VIAJE PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS EN CASO DE REPATRIACIÓN DE LOS RESTOS MORTALES DEL ASEGURADO

En caso de repatriación de restos mortales, cubrimos los gastos razonables de transporte para los asegurados de la familia del asegurado que hayan estado viviendo con él en el extranjero, para que puedan volver al país de origen del fallecido para el entierro, o bien al país que haya sido elegido para este fin. **La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel u otros gastos relacionados.**

2.40 GASTOS PARA UNA PERSONA ACOMPAÑANTE DE UN PACIENTE EVACUADO

Costos relativos a una persona que viaje con el paciente evacuado. De no poder viajar en el mismo vehículo que la persona evacuada, se reembolsan los gastos de transporte en clase turista. Tras finalizar el tratamiento, se cubren los gastos de regreso en clase turista con el objeto de que el acompañante regrese al país donde se originó la evacuación. **La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel u otros gastos relacionados.**

2.41 HABITACIÓN EN HOSPITAL

Se refiere a habitaciones estándar privadas o compartidas, según se indique en la tabla de beneficios. Las habitaciones de lujo y las suites no están cubiertas. Este beneficio

se aplica sólo cuando la cobertura de la habitación en hospital no esté incluida en otro beneficio del plan que cubre el tratamiento en hospitalización. En este caso, el costo de la habitación en hospital está incluido en el beneficio que cubre el tratamiento para el que se requiere la hospitalización, hasta los límites indicados en la tabla de beneficios. Ejemplos de beneficios que, si aparecen en su tabla de beneficios, incluyen la cobertura de la habitación en hospital hasta el límite de beneficio indicado son: «Psiquiatría y psicoterapia», «Trasplante de órganos», «Oncología», «Atención de maternidad de rutina», «Cuidados paliativos» y «Cuidados a largo plazo».

2.42 HONORARIOS DE DIETISTA

Gastos por consejo sobre dieta o nutrición prestado por un profesional de la salud que está calificado/certificado para ejercer en el país en el que presta el servicio. Si esta prestación está incluida en su plan, se cubrirá sólo cuando es necesaria para una patología diagnosticada y cubierta por el plan.

2.43 HONORARIOS DE ESPECIALISTA

Costos relativos a la atención médica no quirúrgica administrada por un especialista.

2.44 HONORARIOS DE PARTERA/COMADRONA

Costos de la asistencia ofrecida por una partera/comadrona o asistente al parto en posesión de la titulación necesaria para ejercer la profesión en el país donde tiene lugar el parto.

2.45 HONORARIOS MÉDICOS

Honorarios de consultas para tratamientos ambulatorios, incluidas las consultas de profesionales médicos y especialistas.

2.46 HOSPITAL O SANATORIO

Instalación donde se ejercen la medicina y la cirugía, que cuenta con licencia de hospital en el país en el que se encuentra y donde el paciente permanece en constante observación médica. No se consideran hospitales los siguientes establecimientos: casas de reposo, residencias de ancianos, spas, centros de curación y otros centros de bienestar.

2.47 LOGOPEDIA

Tratamiento llevado a cabo por un logopeda calificado/certificado para el tratamiento de defectos físicos diagnosticados, tales como obstrucción nasal, defectos neurogénicos (como parálisis de la lengua o daño cerebral) o bien defectos en la estructura bucal que afecten a la articulación (como fisura palatina).

2.48 IMPLANTES Y MATERIALES QUIRÚRGICOS

Son aquellos que forman parte de la cirugía. Incluye partes del cuerpo artificiales y dispositivos como el reemplazo de una articulación, tornillos óseos y placas, válvulas de reemplazo, stents cardiovasculares, desfibriladores implantables y marcapasos.

2.49 MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS

Productos altamente especializados que se usan para tratar las siguientes enfermedades: esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hemofilia, V.I.H., psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y hepatitis C. Debe estar clínicamente comprobado que los medicamentos con receta sean efectivos para la patología a tratar y deben estar reconocidos por el organismo regulador de productos farmacéuticos en el país en el que se recetan. **El beneficio excluye cualquier forma de tratamiento o terapia con medicamentos que en nuestra razonable opinión sea experimental o cuya eficacia no haya sido probada en la práctica generalmente aceptada de la medicina.**

2.50 MEDICAMENTOS CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Productos, como por ejemplo la insulina, agujas o jeringuillas hipodérmicas, que requieren prescripción médica para el tratamiento de un diagnóstico o enfermedad confirmados, o bien para compensar la falta de sustancias necesarias en el organismo. La eficacia de los medicamentos con prescripción médica deberá estar clínicamente probada para la patología a tratar y deberá estar reconocida por el organismo farmacéutico regulador del país en el que los medicamentos se prescriban.

2.51 MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS DE USO AMBULATORIO:

Productos altamente especializados que se usan para tratar las siguientes enfermedades: esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hemofilia, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y hepatitis C. Debe estar clínicamente comprobado que los medicamentos prescritos sean efectivos para la patología a tratar y deben estar reconocidos por el regulador farmacéutico en el país en el que se recetan. **El beneficio excluye**

cualquier forma de tratamiento o terapia con medicamentos que en nuestra razonable opinión sea experimental o cuya eficacia no haya sido probada en la práctica generalmente aceptada de la medicina

2.52 MÉDICO

Médico profesional que tiene calificación/certificación oficial para ejercer la profesión médica en el país donde lleva a cabo el tratamiento, dentro de los límites de su licencia.

2.53 NECESIDAD MÉDICA

Es la condición que cumplen todos aquellos tratamientos, servicios o materiales médicos que se estimen necesarios y apropiados desde el punto de vista médico, y que tienen que ser:

- a) esenciales para identificar y tratar la enfermedad, afección o lesión del paciente;
- b) coherentes con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición médica del paciente;
- c) Coherentes con las normas profesionales y la práctica de la medicina generalmente aceptada por la comunidad médica internacional; esto no se aplica a los métodos de tratamiento alternativo si forman parte de su póliza.
- d) Solicitados por razones que no sean la comodidad o conveniencia del paciente o de su médico.
- e) Médicamente probados y de valor médico demostrable; esto no se aplica a los métodos de tratamiento alternativo si forman parte de su póliza.
- f) Apropriados para el tipo y nivel de servicio médico.
- g) Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de asistencia médica para el tratamiento de la enfermedad del paciente.
- h) Proporcionados únicamente durante el periodo de tiempo que se estime apropiado.

El término «apropiado», tal y como se usa en esta definición, se refiere tanto a la conveniencia para la salud del paciente como al costo del tratamiento requerido. Cuando se refiere a atención hospitalaria, la expresión «necesidad médica» indica también que el diagnóstico o el tratamiento no pueden ser realizados de forma ambulatoria de manera segura y eficaz.

2.54 NUTRICIONISTA

Persona calificada/certificada que posee una licenciatura o doctorado válido para el registro médico o que posee una licencia válida según las leyes del país en el que presta atención médica.

2.55 OBESIDAD

Se diagnostica cuando el índice de masa corporal (IMC) de una persona es superior a 30.

2.56 ONCOLOGÍA

Se refiere a los honorarios de especialistas, a las pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización que se ocasionen para planificar y llevar a cabo el tratamiento del cáncer, a partir del momento en el que se diagnostica la enfermedad. También se cubre el costo de una peluca en caso de pérdida de cabello como consecuencia del tratamiento contra el cáncer o un sujetador protésico después del tratamiento del cáncer de mama.

2.57 PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Son todos aquellos padecimientos y/o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza.
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la Póliza.
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la Póliza.

Allianz podrá considerar una reclamación o enfermedad como preexistente cuando cuente con las pruebas señaladas en los siguientes casos:

- A) Que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, con el que se llegue a determinar la preexistencia de la enfermedad.
- B) Cuando la Institución de Seguros cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, facultando incluso a la Institución para requerir al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- C) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del **Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**:

“Estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

Si como parte del proceso de suscripción, Allianz solicita a alguno de los asegurados someterse a un examen médico con la finalidad de detectar alguna enfermedad o padecimiento preexistente, dicho padecimiento o enfermedad no será considerado preexistente si no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2.58 PADECIMIENTO CONGÉNITO

Toda anomalía, deformidad, enfermedad o lesión existente desde el nacimiento, diagnosticada o no. Las enfermedades congénitas incluyen, pero no se limita a: labio leporino, fisura palatina.

2.59 PAGO DIRECTO

Servicio mediante el cual Allianz podrá liquidar directamente al prestador de servicios los gastos cubiertos realizados por el Asegurado dentro del hospital de Red, como consecuencia de algún evento amparado por la Póliza, siempre y cuando requiera, de forma justificada, de más de 24 horas de hospitalización y Allianz cuente con toda la información necesaria para determinar el dictamen del siniestro.

2.60 PAÍS DE ORIGEN

País del que el asegurado posee un pasaporte / identificación personal (ID), su país de nacimiento o su país de residencia principal.

2.61 PAÍS PRINCIPAL DE RESIDENCIA

País donde el asegurado y los dependientes (si están incluidos en la póliza) viven durante seis meses o más al año.

2.62 PERIODO DE ESPERA

Es un período que comienza en la fecha de inicio de la póliza del asegurado (o la fecha de entrada en vigor de la póliza para los dependientes) durante el cual el asegurado no tiene derecho a ciertos beneficios. En la tabla de beneficios se indican los beneficios sujetos a períodos de espera.

2.63 PÓLIZA

Es el documento integrado por la solicitud, carátula o certificado, las presentes Condiciones Generales, endosos y cláusulas adicionales agregadas o que en su momento se agreguen al contrato de seguro.

2.64 PODOLOGÍA

Tratamiento médicamente necesario realizado por un podólogo colegiado.

2.65 PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Son todas aquellas personas físicas o morales que se encargan de ofrecer servicios médicos al Asegurado, con facultades legales para ofrecer dichos servicios, que incluyen, pero no se limitan a: hospital, sanatorio, laboratorio médico, farmacia, médico tratante, médico ayudante, instrumentista y enfermera.

2.66 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS

Servicio mediante el cual el Asegurado recibe la autorización de Allianz del Pago Directo previa a su intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, en cualquier hospital y/o con cualquier médico con el que Allianz haya establecido convenio, limitándose el Asegurado a cubrir solamente el Deducible, gastos personales y/o no relacionados, que en su caso apliquen.

2.67 PRÓTESIS

Es todo aquel dispositivo artificial destinado a reemplazar parcial o totalmente algún órgano o miembro del cuerpo humano, imitando o supliendo la función de dicho miembro u órgano reemplazado.

2.68 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Investigaciones (como las radiografías o los análisis de sangre) que se efectúan para determinar las causas de los síntomas de un paciente.

2.69 PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA

Asistencia de un psiquiatra o psicólogo calificado/certificado para el tratamiento de un trastorno mental. Dicho trastorno debe ser clínicamente significativo y no debe estar provocado por un evento especial como la muerte de un ser querido, problemas en las relaciones con los demás, problemas de estudio, de adaptación cultural o de estrés laboral. Todos los tratamientos que se lleven a cabo en hospitalización o en ingreso ambulatorio deben incluir la prescripción de la medicación necesaria para tratar la enfermedad. La psicoterapia, tanto ambulatoria como hospitalaria, está cubierta solamente cuando se le diagnostica al asegurado o a los dependientes por un psiquiatra, que deriva al paciente a un psicólogo clínico para tratamientos adicionales. Cuando esté cubierta por el plan, la psicoterapia ambulatoria está inicialmente restringida a 10 sesiones por patología, después de las cuales el paciente tendrá que hacerse visitar otra vez por el psiquiatra que le derivó. Si son necesarias más sesiones, debe enviarse a la aseguradora un informe médico en el que se indique la necesidad médica de continuar el tratamiento.

2.70 RAZONABLE Y HABITUAL

Se refiere a los costos de tratamiento que son habituales dentro del país de tratamiento. Solo reembolsaremos el costo de los proveedores médicos cuando sus cargos sean razonables y habituales y de acuerdo con los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados.

2.71 REEMBOLSO

Procedimiento mediante el cual Allianz restituye los gastos procedentes relacionados, realizados por el Asegurado Titular a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza y liquidados directamente al prestador de servicios.

2.72 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Transporte de los restos mortales del asegurado difunto del país principal de residencia al país de entierro. La cobertura incluye, por ejemplo, los gastos de embalsamamiento, el costo de un contenedor para el transporte apropiado desde el punto de vista jurídico, los gastos de transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costos de incineración están cubiertos solamente cuando la incineración se requiera por razones legales. Los gastos de acompañante no están cubiertos, a menos que se indique lo contrario en la tabla de beneficios.

2.73 REVISIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Exámenes rutinarios para comprobar la integridad física del recién nacido, así como el buen funcionamiento de sus órganos y su estructura ósea. Estos exámenes básicos tienen que llevarse a cabo inmediatamente tras el nacimiento. Pruebas diagnósticas adicionales, como el análisis de muestras, determinación del grupo sanguíneo y prueba de audición, no están cubiertas. Las pruebas y tratamientos adicionales médicamente necesarios están cubiertos por la póliza del recién nacido. La atención hospitalaria para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de una reproducción médicamente asistida y bebés nacidos por subrogación está cubierta hasta el límite de US\$40,500 por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. La atención ambulatoria está cubierta bajo el plan de asistencia ambulatoria.

2.74 REVISIÓN RUTINARIA DE LA SALUD/BIENESTAR Y PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES

La compañía indemnizará al asegurado por: revisiones médicas, pruebas de diagnóstico e investigaciones que se efectúan a intervalos de edad apropiados sin que el paciente presente síntomas clínicos. Las revisiones cubiertas son:

- Exploración física.
- Análisis de sangre (hemograma, análisis bioquímico, perfil lipídico, pruebas de la función tiroidea, de la función hepática y renal).
- Pruebas de esfuerzo cardiovascular (exploración física, electrocardiograma, tensión arterial).
- Exploración neurológica (exploración física).
- Detección del cáncer:
 - * Citología de cérvix anual.
 - * Mamografía (una cada dos años para mujeres de 45 años o más, o más jóvenes en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico).
 - * Detección del cáncer de próstata (una al año para hombres de 50 años o más, o más jóvenes en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico).
 - * Colonoscopia (una cada cinco años para asegurados de 50 años o más, o para asegurados de 40 años o más en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico).
 - * Test anual de sangre oculta en heces.
- Densitometría ósea (una cada cinco años para mujeres de 50 años o más).
- Revisiones pediátricas (para niños de hasta seis años, hasta un límite máximo de 15 consultas por vida).
- Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 para la detección del cáncer de mama, en el caso de antecedentes familiares directos en el historial clínico (estas pruebas están cubiertas sólo si se indican en la tabla de beneficios).

2.75 SALUD

Es el bienestar biológico del individuo Asegurado por el presente contrato.

2.76 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Es el proceso de búsqueda de evaluación por otro profesional médico para confirmar el diagnóstico y plan de tratamiento de un médico inicial, o para ofrecer un diagnóstico o tratamiento alternativos. Nos reservamos el derecho a solicitar una segunda opinión médica según corresponda en todas las posibles circunstancias que surjan en este contrato.

2.77 SUSCRIPCIÓN MÉDICA

Evaluación del riesgo del seguro basada en la información que nos proporciona al solicitar la cobertura. Nuestro equipo de suscripción utiliza esta información para decidir los términos de nuestra oferta.

2.78 TERAPEUTA

Quiropráctico, osteópata, herborista tradicional chino, homeópata, acupuntor, fisioterapeuta, logopeda o profesional de la terapia oculomotora que posee la titulación y licencia pertinentes para ejercer la profesión en el país en el que se lleva a cabo el tratamiento.

2.79 TERAPIA OCULOMOTORA

Tipo de terapia ocupacional para la sincronización de movimientos oculares en los casos en los que el paciente presente una falta de coordinación entre los músculos de los ojos.

2.80 TERAPIA OCUPACIONAL

Tratamiento para el desarrollo de las habilidades motoras gruesas y finas, integración sensorial, coordinación, mantenimiento del equilibrio y otras habilidades como vestirse, comer y asearse con el fin de facilitar la vida diaria del individuo y mejorar su interacción con el mundo en los ámbitos físico y social. Se requiere un informe médico de progreso después de 20 sesiones.

2.81 TRANSPORTE LOCAL EN AMBULANCIA

Transporte terrestre en ambulancia necesario en caso de emergencia o necesidad médica con el objeto de trasladarse al hospital o centro médico autorizado más cercano y apropiado.

2.82 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Procedimiento quirúrgico que se realiza para trasplantar órganos y/o tejidos. El procedimiento quirúrgico debe estar aprobado por la Agencia de Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) o la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en territorio mexicano y está sujeto a todos los términos, cláusulas y exclusiones de la póliza. El beneficio cubre los medicamentos con receta que puedan ser necesarios para los tratamientos que preparan o que son consecuentes al trasplante, así como los costos de cirugía, hasta el límite máximo indicado en la tabla de beneficios. El costo para obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejidos, así como cualquier complicación o consecuencia de estos, está cubierto también, aunque podría estar sujeto a un límite de beneficio separado. La aseguradora cubre solamente los trasplantes de órganos que sean necesarios como resultado de una enfermedad cubierta por el plan.

2.83 TRATAMIENTO

Procedimiento médico necesario para curar o aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión.

2.84 TERAPIA ALTERNATIVA

Tratamiento terapéutico y diagnóstico que no pertenece a la medicina convencional occidental. Este beneficio solamente incluye la quiropráctica, la osteopatía, la homeopatía, la medicina herbal china, la acupuntura y la podología realizadas por terapeutas certificados.

2.85 TRATAMIENTO AMBULATORIO

Tratamiento recibido en un centro ambulatorio o consulta de un médico, terapeuta o especialista que no requiere hospitalización del paciente.

2.86 TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

Tratamiento que puede ser una combinación de terapias de diferentes tipos, como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la logopedia, y que es necesario para restablecer la forma y el funcionamiento normales tras una lesión, enfermedad aguda o cirugía. El tratamiento de rehabilitación está cubierto solamente si comienza dentro de los primeros 14 días tras darse de alta el paciente del hospital, después de la finalización de un tratamiento médico o quirúrgico agudo, y cuando esté proporcionado en un centro de rehabilitación autorizado.

2.87 TRATAMIENTO DENTAL HOSPITALARIO DE EMERGENCIA

Se refiere a tratamientos dentales críticos de emergencia necesarios después de un accidente grave que requiera hospitalización. El tratamiento tiene que recibirse en las primeras 24 horas tras el episodio que ha causado la emergencia. Tenga en cuenta que la cobertura ofrecida por este beneficio no incluye tratamientos dentales rutinarios, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia. Si se proporciona cobertura para estos tratamientos, en la tabla de beneficios aparecerá un beneficio específico para ellos.

2.88 TRATAMIENTO EN INGRESO AMBULATORIO

Tratamiento planificado, recibido en un hospital o centro ambulatorio durante el día, para el cual se requiere asistencia médica, así como el uso de una habitación. El alta médica se concederá en el mismo día sin necesidad de que el paciente permanezca hospitalizado durante la noche.

2.89 TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Es el tratamiento recibido en un hospital cuando sea médicamente necesario para el paciente permanecer ingresado durante la noche.

2.90 TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR

Tratamiento que apunta a restablecer el entorno ecológico óptimo para las células del cuerpo a través de la corrección de deficiencias a nivel molecular sobre la base de la bioquímica individual. Se utilizan sustancias naturales tales como vitaminas, minerales, enzimas, hormonas, etc.

2.91 TRATAMIENTO PREVENTIVO

Tratamiento recibido por un paciente que no presenta síntomas clínicos en el momento en el que lo recibe. Por ejemplo, un tratamiento preventivo puede ser la extracción de un tumor precanceroso.

2.92 TRATAMIENTO VIH / SIDA

El beneficio de VIH o SIDA cubre consultas, investigaciones, tratamiento hospitalario y ambulatorio relacionados con un diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tenga en cuenta que se aplica un período de espera de 24 meses.

2.93 VISITAS A DOMICILIO

Consultas realizadas por un médico profesional o terapeuta en el domicilio particular del asegurado. Las visitas a domicilio se reembolsan al mismo costo de las visitas efectuadas en la consulta del médico o terapeuta. Los costos de visitas a domicilio que superen el costo de una visita estándar a la consulta médica se reembolsarán solo si se demuestra que la visita al domicilio era necesaria por razones médicas (por ejemplo, tras la aparición imprevista de una enfermedad grave, el asegurado está imposibilitado para ir a la consulta del profesional de la salud, médico o terapeuta).

3. CONTRATO

3.1 BASES DEL CONTRATO

La póliza es prueba fehaciente del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y Allianz. El Contratante o en su caso, el Asegurado Titular, estará obligado a manifestar por escrito a Allianz cualquier cambio en la ocupación y/o residencia del Asegurado, por lo cual, Allianz se reserva el derecho de adecuar las características y precio del seguro a las nuevas condiciones de ocupación y residencia del Asegurado.

3.2 COSTO DE ADQUISICIÓN

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a Allianz le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención de este contrato. Allianz 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.

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Es obligación del Asegurado Titular declarar por escrito a Allianz en la solicitud de seguro y/o el cuestionario médico que forma parte de la Póliza, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

3.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado Titular o Contratante deberá declarar a Allianz por escrito, dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento de ello, cualquier cambio en el riesgo originalmente asegurado derivado de un cambio de residencia, ocupación o actividad de alguno o de todos los asegurados que figuren en la póliza, así como de sus Dependientes. Allianz analizará el nuevo riesgo y, en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo. Si el Asegurado Titular o Contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, o bien, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, no remitiera en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados al siniestro, Allianz no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurados o Dependientes realicen o se relacionen con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurados o Dependientes, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fueren condenados mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio mexicano; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del Contratante, Asegurados, o Dependientes, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato podrán ser restauradas una vez que Allianz tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurados o Dependientes dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Allianz consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

3.5 RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que Allianz tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Asegurado Titular para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado Titular o de cualquiera de sus Dependientes, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este seguro y de acuerdo a lo estipulado los Artículos 47, 8, 9, 10, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.”

Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.”

Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.”

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior” (Refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).

3.6 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

(Transcripción del Artículo **25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

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

3.7 REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En el caso en que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación. En caso de que Allianz autorice dicha rehabilitación bajo los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito una solicitud de rehabilitación.
- b) Presentar los requisitos de asegurabilidad que Allianz determine para la evaluación de su estado de salud.

Allianz analizará la información presentada y determinará si se autoriza la rehabilitación y en qué condiciones, siempre respetando la vigencia originalmente pactada. Las condiciones con las que se rehabilitará la póliza podrán implicar que se incluyan, modifiquen y/o eliminen endosos en la póliza.

En ningún caso, Allianz tendrá obligación de cubrir ningún gasto médico por reclamaciones de accidentes o enfermedades amparadas ocurridas durante el periodo comprendido una vez concluido el periodo de gracia y el día en que surta efecto la rehabilitación.

Si el contrato no es rehabilitado y el Contratante decide solicitar una nueva Póliza, todos los accidentes o enfermedades que se presenten antes de la contratación de la nueva Póliza se considerarán como preexistentes.

3.8 MODIFICACIONES AL CONTRATO

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando se realicen de común acuerdo y por escrito entre el Contratante o el Asegurado Titular y Allianz, a través de cláusulas adicionales y endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Agente de seguros u otras personas no autorizadas por Allianz no podrán en ningún momento cambiar o modificar las condiciones o beneficios de este contrato.

3.9 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus Delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de Allianz a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas Delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones

Blvd. Manuel Ávila Camacho #164, piso 1

Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México C.P. 11010

unidad.especializada@allianz.com.mx

Tel. (55) 5201 3000 y (800) 1111 200 Ext. 3039

www.allianz.com.mx

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

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

asesoria@condusef.gob.mx

Tel. (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80

www.gob.mx/condusef

3.10 NOTIFICACIONES

Toda notificación relacionada con el presente contrato por parte del Contratante o del Asegurado, deberá dirigirse por escrito a Allianz en el domicilio que se presenta en la carátula de la Póliza. Será obligación de Allianz comunicar por escrito al Contratante o Asegurado de cualquier cambio de domicilio. **Los Agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de Allianz, por lo tanto, cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta cláusula carecerá de validez.**

3.11 DEDUCIBILIDAD

Las Primas del presente contrato son deducibles de impuestos en términos del **Artículo 151, fracción VI, de la ley del Impuesto Sobre la Renta.**

“Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

Fracción VI: Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.”

3.12 CLÁUSULA DE SANCIONES Y EMBARGOS

La Compañía no estará obligada a otorgar cobertura ni indemnizar ninguna reclamación o beneficio que se derive de la presente póliza en la medida que esa cobertura, indemnización o beneficio implicaran que la Compañía pudiera quedar expuesto a cualquier sanción, prohibición o restricción establecidas en una resolución de las Naciones Unidas y/o en sanciones económicas o mercantiles establecidas por normativas o regulaciones de la Unión Europea, los Estados Unidos de América o por cualquier otra jurisdicción, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

3.13 COMUNICACIONES

Allianz dirigirá todo aviso o notificación relacionado con este Contrato de Seguro, al último domicilio del Contratante registrado en los archivos de la compañía. En todo caso, se entenderá que Allianz ha dado aviso o hecho la notificación de que se trate, cuando la notificación se haga al Contratante o al último domicilio registrado del Contratante.

Cualquier aviso o notificación que el Asegurado deba o desee hacer a la compañía, lo deberá hacer por escrito con los requisitos que establezca Allianz o por vía telefónica, bajo las condiciones autorizadas por la compañía.

Allianz y el Contratante podrán convenir el uso de medios electrónicos, de cómputo o de telecomunicaciones en la celebración de operaciones, prestación de servicios y demás servicios que deban darse en relación con este Contrato, en los términos de lo dispuesto en el **Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** que a la letra dice:

“La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los Contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario y las responsabilidades correspondientes a su uso, y
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.”

El contenido de las grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio, y serán propiedad exclusiva de Allianz.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

4.1 INICIO DE VIGENCIA

Nuestra aceptación de su solicitud de cobertura se confirma con la emisión del certificado de seguro y su cobertura es válida a partir de la fecha de inicio indicada en el mismo certificado. No se reembolsarán los gastos médicos hasta que no se abone la prima inicial; las primas subsecuentes deben abonarse en el plazo establecido.

Si los familiares del titular están incluidos como dependientes en la póliza, su cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha de comienzo que se indica en el certificado de seguro. La afiliación de los dependientes seguirá vigente mientras el titular siga como tal. En el caso de hijos incluidos en la póliza, su cobertura durará hasta que no superen el límite de edad establecido. Los hijos a su cargo pueden estar cubiertos por su póliza hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o hasta el día anterior a su 24 cumpleaños si cursan estudios a tiempo completo. Tras cumplir 18 o 24 años, los hijos pueden solicitar cobertura por su propia cuenta, si lo desean.

4.2 TERMINACIÓN DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato termina en la fecha que se indica en la carátula de la Póliza, a las 00:00 hrs. del día indicado como fin de vigencia o antes en los casos previstos en estas Condiciones Generales.

4.3 RENOVACIÓN GARANTIZADA

A partir de la terminación de este contrato, Allianz estará obligada a renovarlo, con condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza originalmente contratada, sin importar las Enfermedades y/o Accidentes amparados reclamados por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes en la vigencia de la Póliza.

Las renovaciones se ofrecerán en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de riesgos en detrimento del asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el asegurado. Se respetarán los periodos de espera definidos en la Póliza original si es que eran menores a los estipulados en la renovación. Asimismo, no se podrán reducir los límites específicos indicados en cada cobertura.

El Deducible y Sumas Aseguradas podrán actualizarse anualmente en proporción al incremento que presenten los costos de los insumos médicos y de los servicios proporcionados por prestadores médicos privados.

Allianz informará la renovación de la Póliza al Contratante con al menos veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

Para efectos de celebrar la renovación de este contrato, el Contratante deberá manifestarlo expresamente y por escrito durante los treinta días anteriores al fin de vigencia de la Póliza. Asimismo, el Contratante o el Asegurado podrá notificar su voluntad de no renovarlo dentro de los primeros veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

4.4 DERECHO DE CONVERSIÓN

Cualquier Dependiente con mayoría de edad tiene derecho a solicitar que se le expida a su nombre una Póliza de seguro de gastos médicos mayores, con la misma Fecha de Alta que tiene en la Póliza original para conservar su antigüedad, sin ningún requisito de salud u ocupación.

La nueva póliza deberá tener condiciones análogas de suma asegurada, plan, deducible que la póliza original.

4.5 EDAD

La edad máxima de aceptación en este contrato es de 74 años para el Asegurado Titular y para sus Dependientes.

En la renovación no habrá límite de edad de aceptación para el Asegurado Titular y para sus Dependientes, por lo que la cobertura se considerará vitalicia para éstos.

Los Dependientes económicos de nuevo ingreso en cualquiera de las renovaciones estarán sujetos a la edad máxima de aceptación de este contrato.

4.6 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado o Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro presentando una solicitud por escrito en las oficinas de Allianz o por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación.

Allianz se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado o Contratante que formule la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, Allianz no podrá negar el trámite de cancelación cuando éste se realice por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación; tampoco podrá negar o retrasar el trámite de cancelación sin que exista una causa justificada.

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, Allianz devolverá al Contratante el 60% de la Prima neta pagada no devengada correspondiente, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada.

Dicha devolución se realizará en un plazo no mayor a 30 días naturales posteriores a la fecha de la solicitud de terminación anticipada del Contrato.

5. SUMA ASEGURADA

Existen dos tipos de límites en su tabla de beneficios:

- El límite máximo del plan, que se aplica solamente a ciertos planes y que representa la máxima cantidad reembolsable por persona y por año de seguro para todos los beneficios en conjunto.
- Algunos beneficios además tienen un límite de beneficio específico, que podría aplicarse por separado a algún beneficio. Los límites de beneficio se aplican según criterios diferentes, por ejemplo «por año de seguro», «por vida» o «por episodio» (por viaje, por consulta o por embarazo). En ciertos casos, se reembolsará un porcentaje de los gastos médicos, por ejemplo «80% reembolso, hasta US\$3,000».

Tanto cuando los beneficios están sujetos a límites específicos como cuando indican reembolso total («100%»), están igualmente sujetos al límite máximo del plan (si lo hay). Todos los límites se aplican por asegurado y por año de seguro, salvo cuando se indique de otra forma en su tabla de beneficios.

Si tiene cobertura para atención de maternidad de rutina, ésta aparecerá en su tabla de beneficios, donde se indica también cualquier límite o periodo de espera que podría aplicarse. Normalmente los beneficios de «Atención de maternidad de rutina» y «Complicaciones durante el parto» están sujetas a un límite de beneficio que puede calcularse «por embarazo» o «por año de seguro»; el tipo de límite aplicado se especifica en la tabla de beneficios. Si se calcula «por embarazo» y el embarazo abarca dos años de seguro, en el caso de que el límite cambiara al renovar la póliza, se aplicaría lo siguiente:

- Todos los gastos elegibles que se hayan ocasionado en el primer año estarán sujetos al límite del beneficio que se aplica en el primer año.
- Todos los gastos elegibles que se hayan ocasionado en el segundo año estarán sujetos al límite que se aplica en el segundo año, del que se deducirá la cantidad total reembolsada en el primer año para el mismo beneficio.
- Si el límite del beneficio se reduce en el segundo año y el límite actualizado ha sido alcanzado o superado por los costos reembolsados en el primer año, no se reembolsará ninguna cantidad adicional.

La atención hospitalaria para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de una reproducción médicamente asistida y para los niños nacidos por gestación subrogada está cubierta hasta el límite de US\$40,500 por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. La atención ambulatoria está cubierta bajo el plan de asistencia ambulatoria.

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1 PRIMAS

En la carátula de la Póliza se presenta la Prima y el IVA, cantidades que deben ser pagadas por el Contratante para mantener en vigor este contrato en términos de la Cláusula Periodo de Gracia.

Las primas correspondientes a cada año de seguro se basan en la edad que cada asegurado tiene en la fecha de comienzo del año de seguro, en el país de residencia del titular, en la tarifa de primas vigente y en otros factores de riesgo que pueden afectar materialmente al seguro.

Al aceptar la cobertura, usted acepta también pagar la prima indicada en su factura, de acuerdo con el método de pago indicado en el mismo. Las primas deben abonarse por adelantado a cada período de afiliación al que se refieren. La prima inicial o la primera cuota del pago debe abonarse inmediatamente después de la aceptación de la afiliación. El pago de las primas subsiguientes vence el primer día del periodo elegido para el pago. Se puede elegir entre pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, dependiendo del método de pago seleccionado. En caso de discrepancia entre el presupuesto acordado y el importe indicado en la factura, debe contactar inmediatamente con Allianz. No nos hacemos responsables de pagos realizados a través de terceros.

Las condiciones de pago pueden modificarse al renovar la póliza enviando una solicitud por escrito, la cual debemos recibir al menos 30 días antes de la fecha de renovación del seguro. No abonar la prima inicial o las primas subsiguientes en el plazo establecido podría conllevar la pérdida de cobertura.

Si la prima inicial no se abona en el plazo establecido, tenemos derecho a suspender el contrato mientras el pago siga pendiente. El contrato de seguro se considerará nulo a menos que emprendamos alguna acción judicial en un plazo de tres meses tras la fecha de activación de la cobertura, del inicio de la póliza o de la ejecución del contrato. Si no se abona alguna de las primas subsiguientes en el plazo establecido, podríamos establecer por escrito (y a su cargo) un límite de tiempo no inferior a dos semanas en el que el titular deberá abonar la cantidad pendiente. Transcurrido ese plazo, podríamos terminar el contrato por escrito con efecto inmediato, quedando exento de reembolsos.

Los efectos de la terminación cesarán si el titular realiza un pago en un plazo de un mes tras la terminación o, si la terminación tenía asociado un límite de tiempo, en el plazo de un mes tras haber transcurrido ese tiempo, siempre que no se hayan ocasionado siniestros en ese intervalo.

Pago de otros cargos

Además de las primas, usted debe abonar los impuestos u otras tasas o gravámenes relativos a su afiliación (incluso cuando se impongan después de firmar su contrato), a cuyo pago o recaudación estemos legalmente obligados. El importe de los impuestos, gravámenes o tasas que usted deba abonar se indicarán en su factura.

Podríamos modificar el importe a pagar relativo a impuestos u otras tasas o gravámenes en cualquier momento si se introducen cambios en dichos impuestos o se introduzcan nuevos impuestos.

6.2 FORMA DE PAGO

La Prima de este contrato está calculada por todo el año de su vigencia, sin embargo, Allianz concede la posibilidad de pagarla de manera fraccionada en forma semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso, el Contratante también deberá pagar el recargo que determine Allianz y el IVA que esto genere.

En la carátula de la Póliza se establece la “Forma de Pago” elegida por el Contratante.

6.3 VENCIMIENTO

La Prima debe pagarse en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Para pagos fraccionados, cada fracción deberá pagarse en la fecha de inicio de cada periodo.

6.4 LUGAR DE PAGO

El pago de la prima o fracción deberá realizarse por el conducto que se especifica en la carátula de la póliza, que incluye, pero no se limita a: pago referenciado en bancos, transferencia electrónica de fondos a favor de Allianz y cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante.

Sin perjuicio de lo establecido en los puntos 3.7, 6.3 y 6.5 de las presentes condiciones generales, el comprobante de la operación, el recibo expedido por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto Allianz entregue el recibo correspondiente al Contratante.

6.5 PERIODO DE GRACIA

(Transcripción del **Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**)

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago de parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.”

En caso de que se presente un accidente o enfermedad amparada durante el transcurso del Periodo de Gracia, la indemnización de los gastos médicos amparados se dará vía Reembolso descontando de la indemnización la Prima o la fracción pendiente de pago.

6.6 OTROS SEGUROS

Si las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra compañía, o bien, presentar Carta de Siniestralidad en papel membretado de la otra compañía.

6.7 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

Usted puede solicitar la inclusión de cualquier miembro de su familia en la póliza cumplimentando el formulario de solicitud de afiliación pertinente.

Los recién nacidos (excepto los niños nacidos de partos múltiples como resultado de fertilización asistida, adoptados o de acogida y los niños nacidos por gestación subrogada) se aceptarán en la cobertura sin evaluación médica siempre que se nos notifique en un plazo de cuatro semanas tras el nacimiento y que al menos uno de los padres biológicos haya estado asegurado con Allianz un mínimo de ocho meses consecutivos. Para notificarnos su intención de añadir un recién nacido a su póliza, envíe su solicitud junto a una copia del certificado de nacimiento.

Si la notificación se efectúa después de cuatro semanas tras el nacimiento, los niños recién nacidos estarán sujetos a evaluación médica y su cobertura empezará a tener vigencia a partir de la fecha de aceptación. Los bebés nacidos de partos múltiples como resultado de fertilización asistida, los niños nacidos por gestación subrogada, los niños adoptados y de acogida están sujetos a evaluación médica completa y su cobertura empezará a partir de la fecha de su aceptación en la póliza.

Tras la aprobación de la cobertura del niño por nuestro departamento de evaluación médica, emitiremos un nuevo certificado de seguro en el que se refleje la inclusión de la nueva persona a su cargo y este certificado reemplaza cualquier versión anterior que pueda tener desde la fecha de inicio indicada en el certificado.

7. COBERTURA BÁSICA

- a. El alcance de su cobertura está determinado por lo que se indica en su tabla de beneficios, el certificado de seguro, cualquier otra cláusula adicional de la póliza y las condiciones generales aquí descritas, así como cualquier otro requisito legal aplicable. Reembolsaremos, de acuerdo con lo que se indica en la tabla de beneficios y las condiciones generales aplicables, los gastos médicos derivados de la manifestación o empeoramiento de una enfermedad o accidente amparado.
- b. Esta póliza cubre la atención médica y los costos relativos, los servicios y los suministros que se estimen necesarios y apropiados desde el punto de vista médico para tratar la enfermedad, trastorno o lesión del paciente. Se cubren solamente los servicios y procedimientos médicos con fines paliativos, curativos y diagnósticos que sean médicamente necesarios y apropiados y prestados por un médico, dentista o terapeuta calificados/certificados. Los gastos se reembolsarán si el diagnóstico o el tratamiento prescrito son razonables y se cargan con el nivel habitual en el país específico y para el tratamiento administrado, según la práctica médica generalmente aceptada.
- c. Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios cuando la cobertura o los beneficios violen cualquier sanción, ley o reglamentación aplicable por las Naciones Unidas, la Unión Europea, los Estados Unidos de América o cualquier otra área económica o comercial aplicable.

PLAN PRINCIPAL	First Choice	Control Connect	Precision Connect
Habitación en hospital*			
- En red	100% habitación privada	100% habitación privada	100% habitación privada
- Fuera de red por día	100% habitación privada	EE.UU fuera de red 60%	Sin cobertura fuera de red
Cuidados de medicina intensiva*			
- En red	100%	100%	100%
- Fuera de red por día	100%	EE.UU fuera de red 60%	Sin cobertura fuera de red
Medicamentos y materiales con prescripción médica*	100%	100%	100%
Gastos de cirugía* (anestesia y costos de quirófano incluidos)	100%	100%	100%
Honorarios de médicos y terapeutas*	100%	100%	100%
Implantes y materiales quirúrgicos*	100%	100%	100%

PLAN PRINCIPAL	First Choice	Control Connect	Precision Connect
Pruebas diagnósticas*	100%	100%	100%
Trasplante de órganos*	\$2,000,000	\$800,000	\$500,000
Psiquiatría y psicoterapia*	100%	N/A	N/A
Gastos de alojamiento en hospital para uno de los padres que acompañe a un paciente asegurado menor de 18 años*	100%	\$350 por noche máximo de 30 noches	\$250 por noche máximo de 30 noches
Tratamiento dental hospitalario de emergencia No se aplica deducible	100%	100%	100%
Ingreso Ambulatorio	100%	100%	100%
Diálisis renal*	100%	100%	100%
Cirugía ambulatoria*	100%	100%	100%
Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica:	\$200 por día máximo de 30 días	\$120 por día máximo de 30 días	\$100 por día máximo de 30 días
Rehabilitación*(en hospitalización, en ingreso ambulatorio o ambulatorio – para estar cubierta, la rehabilitación debe empezar en los primeros 14 días tras darse de alta del hospital y/o tras finalizar un tratamiento médico crítico o cirugía)	\$20,000	\$12,000	\$12,000
Transporte local en ambulancia	\$3,000	\$3,000	\$1,500
Evacuación médica*	100%	100%	\$100,000
Si el tratamiento médico necesario no está disponible a nivel local, el asegurado es evacuado al centro médico apropiado más cercano*	✓	✓	✓
Si el asegurado necesita tratamientos prolongados, se cubren los costos de alojamiento en hotel*	✓	✓	✓
Evacuación en caso de falta de disponibilidad de sangre compatible a nivel local*	✓	✓	✓
Si por necesidad médica el asegurado no puede hacer el viaje de regreso inmediatamente tras haber sido dado de alta, los costos de alojamiento en hotel están cubiertos*	✓	✓	✓
Gastos de una persona acompañante de un paciente evacuado* No aplica deducible	\$3,750	\$3,000	\$3,000
Gastos de viaje para los dependientes asegurados del asegurado evacuado* No aplica deducible	\$2,800 por evento	\$2,000 por evento	\$2,000 por evento
Repatriación de restos mortales* No aplica deducible	100%	\$20,000	\$20,000
Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del afiliado* No se aplica deducible	\$2,800 por evento	\$2,000 por evento	\$2,000 por evento

PLAN PRINCIPAL	First Choice	Control Connect	Precision Connect
TAC y resonancia magnética	100%	100%	100%
TEP y TAC-TEP*	100%	100%	100%
Oncología*	100%	100%	100%
Adquisición de una peluca, sujetador protésico u otros artículos protésicos externos por razones cosméticas	\$270	\$270	\$270
Cirugía preventiva*	\$25,000	\$15,000	\$7,500
Complicaciones durante el embarazo* (en hospitalización y ambulatorio) Periodo de espera: - 10 meses para pólizas con dos adultos (sin considerar hijos dependientes, incluso mayores de 18 años) - 24 meses para pólizas con un solo adulto No aplica deducible cuando el deducible seleccionado es igual o menor que \$ 2,000	\$1,000,000 por embarazo	\$500,000 por embarazo	-
Corrección refractiva de la vista con láser	\$1,350	-	-
Tratamiento del VIH/SIDA Periodo de espera de 24 meses	\$200,000	\$125,000	\$50,000
Cuidados paliativos*	\$25,000	\$10,000	\$10,000
Cuidados a largo plazo*	máximo 90 días por vida de póliza	-	-
Atención de maternidad de rutina* (en hospitalización y ambulatorio) Periodo de espera: - 10 meses para pólizas con dos adultos (sin considerar hijos dependientes, incluso mayores de 18 años) - 24 meses para pólizas con un solo adulto No aplica deducible cuando el deducible seleccionado es igual o menor que \$ 2,000	\$10,000	\$5,500	-
Conservación de células madre* (en hospitalización) (cubre la extracción y un año de conservación)	\$2,000 por embarazo cubierto	\$2,000 por embarazo cubierto	-
Atención del recién nacido	100%	100%	-
Complicaciones durante el parto* (para pólizas con dos o más adultos, sin incluir hijos dependientes) (en hospitalización solamente) Periodo de espera: - 10 meses para pólizas con dos adultos (sin considerar hijos dependientes, incluso mayores de 18 años) - 24 meses para pólizas con un solo adulto No aplica deducible cuando el deducible seleccionado es igual o menor que \$ 2,000	\$12,500 por embarazo cubierto	\$10,000 por embarazo cubierto	-
Costos médicos del donante	\$50,000	\$50,000	\$50,000

PLAN PRINCIPAL	First Choice	Control Connect	Precision Connect
Enfermedades congénitas y/o hereditarias			
- asegurados menores a 18 años	\$250,000	\$100,000	\$50,000
- asegurados mayores a 18 años	hasta el límite del plan	hasta el límite del plan	hasta el límite del plan
Tratamiento médico necesario como consecuencia de un accidente. No aplica deducible para el primer ingreso mayor a 24 horas, para tratamientos posteriores si se aplica	✓	✓	✓

PLAN AMBULATORIO	First Choice	Control Connect	Precision Connect
Honorarios de médico	100%	100%	100%
Medicamentos con prescripción médica	100%	100%	\$5,000
Honorarios de especialista	100%	100%	100 % máximo 15 visitas
Segunda opinión médica*	✓	✓	✓
Medicamentos ambulatorios especializados*	100%	100%	\$20,000
Pruebas diagnósticas	100%	100%	100%
Fisioterapia prescrita	100% máximo 20 visitas	100% máximo 15 visitas	100% máximo 10 visitas
Quiropráctica, osteopatía, homeopatía, medicina herbal china, acupuntura y podología	\$1,500	\$1,000	\$500
Logopedia, terapia oculomotora y terapia ocupacional prescritas	\$1,500	\$1,000	\$500

PLAN AMBULATORIO	First Choice	Control Connect	Precision Connect
Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades. No aplica deducible Prestación limitada a:			
Exploración física			
Análisis de sangre (hemograma, análisis bioquímico, perfil lipídico, pruebas de la función tiroidea, de la función hepática y renal)			
Pruebas de esfuerzo cardiovascular (exploración física, electrocardiograma, tensión arterial)			
Exploración neurológica (exploración física)			
Prevención del cáncer			
- Citología de cérvix anual			
- Mamografía (una cada dos años para mujeres de 45 años o más, o más jóvenes en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico).	\$650	\$400	\$200
- Prevención del cáncer de próstata (una al año para hombres de 50 años o más, o más jóvenes en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico).			
- Colonoscopia (una cada cinco años para asegurados de 50 años o más, o para asegurados de 40 años o más en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico).			
- Test anual de sangre oculta en heces			
Densitometría ósea (una cada cinco años para mujeres de 50 años o más)			
Revisiones pediátricas (para niños de hasta seis años, hasta un límite máximo de 15 consultas por vida)			
Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 para la prevención del cáncer de mama (en el caso de antecedentes familiares directos en el historial clínico)			
Psiquiatría y psicoterapia	100% máximo 25 visitas	-	-
Dispositivos de ayuda médica con prescripción	100%	\$4,000	\$2,000
Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista	\$250	-	-
Honorarios de dietista	100% máximo 4 visitas	-	-

7.1 COBERTURA DENTAL

Los tratamientos dentales cubiertos durante la vigencia de la Póliza son los siguientes:

Esta cobertura y los servicios derivados de la misma serán otorgados a través de una Compañía Especializada en territorio mexicano, con la cual Allianz ha celebrado un contrato.

Allianz proporcionará la “Guía de la Cobertura Allianz Dental Más” en la cual se describen los servicios prestados por la Compañía Especializada, el alcance y límites del plan. Esta guía también se encuentra disponible en la página de internet www.allianz.com.mx en la sección “Descarga de Documentos”.

Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la Compañía Especializada al dentista tratante.

Para recibir los tratamientos dentales cubiertos, el Asegurado deberá mostrar una identificación oficial vigente con fotografía.

Allianz Dental Más	
Beneficios Dentales	Copagos a cargo del Asegurado
Servicios Básicos (Evaluación Oral y Limpieza)	0%
(Rayos X, Tratamiento de Caries con Amalgamas y Resinas)	20%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	20%
Endodancias (Remoción de Nervio Dental)	20%
Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de Muelas del Juicio y otros procedimientos complejos)	20%
Periodoncia (Tratamiento de la Enfermedad de Encías y Hueso)	20%
Acceso a precios preferenciales	No incluido
Límite anual por persona	\$130,000 MXN

Fuera de territorio nacional, el tratamiento dental solo se ofrece a través de Allianz Care en caso de emergencia según la tabla de beneficios.

8. ASISTENCIA

Los servicios derivados de esta cláusula serán otorgados a través de una compañía de asistencia, con la cual Allianz ha celebrado un contrato.

A continuación, se describen los servicios prestados por la compañía de asistencia, así como el alcance y límites de los servicios contratados con dicha empresa.

Estos términos y condiciones cubren al titular del programa de asistencias, a Nivel Nacional hasta los límites especificados dentro de la tabla de beneficios.

Beneficios en su programa de asistencias	
Referencias y arreglos de enfermeras, doctores, farmacia, hospitales	✓
Evaluación de la situación individual sobre nutrición /peso	✓
Apoyo a la prevención sobre nutrición/peso	✓
Seguimiento de la estrategia de prevención sobre nutrición/peso	✓
Acceso al sitio web de prevención nutricional	✓
Evaluación de la situación individual sobre la diabetes	✓
Apoyo a la prevención de la diabetes	✓
Seguimiento de la estrategia de prevención de la diabetes	✓
Asistencia psicológica telefónica	✓
Evaluación de la situación individual	✓

El titular debe ser mayor de 18 años y ser residente de México. Su programa de asistencias solo es válido dentro del territorio mexicano y hasta el límite de la vigencia de su certificado.

Personas cubiertas	
Titular	✓
Beneficiarios (miembros de familia)	X

8.1 DEFINICIONES PARA ASISTENCIA

Compañía de Asistencia: Se entenderá como Allianz Assistance.

Hijo/a (s): hijo (s) dependientes de usted o su cónyuge que viven con usted.

País de Residencia: El país donde tiene su domicilio principal y pasa más de 183 días al año.

Beneficiario: un miembro de su familia; su cónyuge o sus hijos, dependiente de usted, que viva en su hogar.

Médico: significará una persona legalmente calificada para ejercer la medicina; doctor de medicina.

Residencia: domicilio fijo y permanente del beneficiario a efectos legales y fiscales en el país de residencia.

Cónyuge: Alguien con quien ha estado viviendo (como si estuviera casado o en una sociedad civil con ellos) durante al menos seis meses y quien vive con usted.

Transporte: Transporte organizado por la compañía de asistencia.

8.2 DEFINICIÓN DE EVENTOS CUBIERTOS

Accidente: todo hecho súbito, imprevisible y externo, no causado por el usuario y que constituya causa exclusiva de daño material.

Enfermedad crónica / de larga duración: Enfermedad que progresa lentamente y durante un largo período de tiempo.

Muerte: pérdida inesperada de la vida, no autoinfligida.

Hospitalización: todas las estancias en un hospital público o privado, por un procedimiento de emergencia, que no está programado y no puede posponerse.

Inmovilización: cualquier incapacidad física para moverse o realizar las tareas domésticas habituales, diagnosticada por un médico y que requiera reposo domiciliario prescrito.

Enfermedad / Afección médica: Alteración de la salud de una persona, debidamente diagnosticada por un organismo médico calificado que requiere tratamiento médico y que se produce de forma repentina e imprevisible.

Lesión: Un acto que daña o lastima.

Lesión causada por Accidente: lesión física grave con resultado de pérdida temporal o permanente de la autonomía y causada por Accidente (causa externa).

Pérdida de autonomía: incapacidad de una persona para decidir y realizar determinados actos de la vida cotidiana, sobre todo provocados por lesiones físicas. Puede definirse como una discapacidad temporal o permanente.

Discapacidad permanente: pérdida permanente, pérdida parcial o total de la capacidad funcional de una persona según lo establecido por un Médico cuando se haya determinado la Consolidación.

Incapacidad Temporal: pérdida temporal, pérdida parcial o total de la capacidad funcional de una persona según lo establecido por un Médico cuando se haya determinado la consolidación.

8.3 BENEFICIOS Y LÍMITES

Beneficio	Eventos (por vigencia de certificado)	Limites
Referencias y arreglos de enfermeras, doctores, farmacia, hospitales	1 evento	Servicio telefónico
Evaluación de la situación individual sobre nutrición/peso	1 evento	Hasta \$437 MXN
Apoyo a la prevención sobre nutrición/peso	1 evento	Hasta \$801 MXN
Seguimiento de la estrategia de prevención sobre nutrición/peso	1 evento	Hasta \$2,257 MXN
Acceso al sitio web de prevención nutricional	Ilimitado	Página web
Evaluación de la situación individual sobre la diabetes	1 evento	Hasta \$801 MXN
Apoyo a la prevención de la diabetes	1 evento	Hasta \$1,358 MXN
Seguimiento de la estrategia de prevención de la diabetes	1 evento	Hasta \$1,472 MXN
Asistencia psicológica telefónica	Ilimitado	Servicio telefónico
Evaluación de la situación individual	Ilimitado	Servicio telefónico

8.4 DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Referencias y arreglos de enfermeras, doctores, farmacias y hospitales

Usted puede solicitar el beneficio de Referencias y arreglos de enfermeras, doctores, farmacias y hospitales a causa de Inmovilización: cualquier incapacidad física para moverse o realizar las tareas domésticas habituales, diagnosticada por un médico y que requiera reposo domiciliario prescrito. La compañía de asistencia proporcionará información sobre hospitales, doctores, farmacias y enfermeras, referencias y realizará los arreglos solicitados por el usuario.

Este servicio de asistencia deberá de ser cubierto en su totalidad por el Usuario al proveedor de servicios.

Evaluación de la situación individual sobre nutrición/peso

Usted puede solicitar el beneficio de Evaluación de la situación individual sobre nutrición/peso a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia brindará los servicios de asesoramiento para comprender y evaluar la situación del beneficiario sobre nutrición/peso y proponer soluciones adecuadas. Incluye Química sanguínea (Qs) de 6 elementos para un mejor asesoramiento.

Mediante este servicio se cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, los costos excedentes deberán ser cubiertos por el Titular directamente al proveedor al finalizar el servicio.

Apoyo a la prevención sobre nutrición/peso

Usted puede solicitar el beneficio de apoyo a la prevención sobre nutrición/peso a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia brindará los servicios de consulta telefónica (proporcionando recomendaciones e información preventiva sobre nutrición/peso) a fin de reducir los riesgos a los que se expone el beneficiario. El objetivo del servicio es evaluar la situación de riesgo individual e informar al beneficiario para que conozca y aplique las mejores prácticas. Incluye Química sanguínea (Qs) 12 elementos + Examen general de orina (EGO) + Biometría Hemática (BH) para un mejor asesoramiento.

Mediante este servicio se cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, los costos excedentes deberán ser cubiertos por el Titular directamente al proveedor al finalizar el servicio.

Seguimiento de la estrategia de prevención sobre nutrición/peso

Usted puede solicitar el beneficio de seguimiento de la estrategia de prevención sobre nutrición/peso a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia brindará los servicios de seguimiento y aplicación de las medidas preventivas para realizar el programa de nutrición/pérdida de peso. Incluye Química sanguínea (Qs) 24 elementos + Examen general de orina (EGO) + Biometría Hemática (BH) + Densitometría ósea para un mejor asesoramiento.

Mediante este servicio se cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, los costos excedentes deberán ser cubiertos por el Titular directamente al proveedor al finalizar el servicio.

Acceso al sitio web de prevención nutricional

Usted puede solicitar el beneficio de acceso al sitio web de prevención nutricional a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia provee de un sitio web que ofrece información amplia y práctica sobre la prevención, accesible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este sitio ofrece la posibilidad de ingresar datos personales para adecuar el programa preventivo al beneficiario.

Este servicio cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional.

Evaluación de la situación individual sobre la diabetes

Usted puede solicitar el beneficio de Evaluación de la situación individual sobre la diabetes a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia brindará los servicios de asesoramiento para comprender y evaluar la situación del beneficiario sobre la diabetes y proponer soluciones adecuadas. Incluye Química sanguínea (Qs) 12 elementos + Examen general de orina (EGO) + Biometría Hemática (BH) para un mejor asesoramiento.

Mediante este servicio se cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, los costos excedentes deberán ser cubiertos por el Titular directamente al proveedor al finalizar el servicio.

Apoyo a la prevención de la diabetes

Usted puede solicitar el beneficio de apoyo a la prevención de diabetes a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia brindará los servicios de consulta telefónica (proporcionando recomendaciones e información preventiva sobre la diabetes) a fin de reducir los riesgos a los que se expone el beneficiario. El objetivo del servicio es evaluar la situación de riesgo individual e informar al beneficiario para que conozca y aplique las mejores prácticas. Incluye Química sanguínea (Qs) 6 elementos + Examen general de orina (EGO) + Biometría Hemática (BH) para un mejor asesoramiento.

Mediante este servicio se cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, los costos excedentes deberán ser cubiertos por el Titular directamente al proveedor al finalizar el servicio.

Seguimiento de la estrategia de prevención sobre la diabetes

Usted puede solicitar el beneficio de seguimiento de la estrategia de prevención sobre la diabetes a causa de necesidad y/o solicitud del mismo. La compañía de asistencia dará seguimiento y aplicación de las medidas preventivas para realizar el programa de la diabetes. Incluye Química sanguínea (Qs) 24 elementos + Examen general de orina (EGO) + Biometría Hemática (BH) + Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) para un mejor asesoramiento.

Mediante este servicio se cubre el costo hasta el límite indicado en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, los costos excedentes deberán ser cubiertos por el Titular directamente al proveedor al finalizar el servicio.

Complemento Psicológico

Asistencia psicológica y Evaluación de la situación individual telefónica.

Usted puede solicitar el beneficio de asistencia psicológica telefónica a causa de angustia psicológica. La compañía de asistencia gestionará una llamada telefónica con un psicólogo que le aconsejará y asistirá de forma gratuita al usuario

- No se emitirá diagnóstico, ni tratamiento médico, ni receta de medicamentos.
- Sin límite en el número de llamadas y hasta un máximo de 15 minutos para la atención, pasado dicho tiempo se le recomendará al usuario consultar a un Psicólogo personalmente referenciado por nuestra red de proveedores y con costo para el usuario.
- En caso que el usuario requiera que se le gestione una cita esta será con costo preferencial para el usuario.

Enfermedades psicológicas preexistentes previamente diagnosticadas o tratadas en la fecha efectiva del programa de asistencias quedan excluidas.

Este servicio cubre la llamada indicada en la sección 8.3. Beneficios y Límites a nivel nacional, y está sujeto a disponibilidad y horarios de la red de proveedores.

8.5 EXCLUSIONES GENERALES DE LA ASISTENCIA

Límites de los servicios

Las coberturas descritas en este documento no reemplazan en ninguna circunstancia una evaluación de atención médica o social completa y personal con el médico de familia o con cualquier otro médico o asesor designado por el Beneficiario.

Los servicios que se describen a continuación no pueden sustituir a los servicios de emergencia médica locales. En caso de emergencia, el Beneficiario debe contactar urgentemente con los servicios de emergencia locales. La información médica compartida con los médicos es estrictamente confidencial y está protegida por las leyes de confidencialidad médica.

La plataforma de Asistencia no se hace responsable del uso indebido o interpretación inexacta de la información, asesoría o consulta brindada y en general durante los servicios prestados al Beneficiario.

Circunstancias excepcionales

No podemos responsabilizarnos por la falta de prestación de servicios o retrasos en la prestación de nuestros servicios debido a:

- Fallo o interrupción de las redes telefónicas o de TI;
- Un cambio de la condición del usuario y, en particular, su condición médica que no había sido notificada;
- Un acto fortuito o daño causado por un tercero;
- Tras un caso de fuerza mayor o de hechos como huelgas, disturbios, inestabilidad política conocida, represalias, embargos, sanciones económicas
- En caso de retrasos y / o no poder obtener documentos administrativos como visas de entrada y salida, pasaportes, etc., necesarios para el transporte del usuario dentro o fuera del país donde se encuentra o su entrada al país recomendado por Nuestros médicos para ser hospitalizado allí;
- En caso de recurrir a servicios u organizaciones públicas locales a las que debemos acudir en virtud de las normativas locales y / o internacionales;
- En caso de restricciones susceptibles de ser impugnadas por las empresas de transporte de personas (en particular las aerolíneas) para personas que padecen determinadas patologías, o para mujeres embarazadas, restricciones aplicables hasta el inicio del transporte y susceptibles de ser modificadas sin previo aviso (y para aerolíneas: examen médico, certificado médico, etc.).

Están siempre excluidos:

- **gastos realizados sin nuestro acuerdo previo,**
- **gastos que no se pueden verificar con documentos justificativos,**
- **suicidio e intento de suicidio o las consecuencias del intento de suicidio del usuario,**
- **daño como resultado del consumo de alcohol o medicamentos no recetados y drogas, y gastos derivados de enfermedades mentales.**
- **Consecuencias de:**
 - * **situaciones de riesgo infeccioso en un contexto epidémico,**
 - * **exposición a agentes biológicos infecciosos,**
 - * **exposición a agentes químicos como el gas de combate,**
 - * **exposición a agentes incapacitantes,**
 - * **exposición a agentes radiactivos,**
 - * **exposición a agentes nerviosos o efectos neurotóxicos persistentes, que estén sujetos a cuarentena o medidas preventivas o vigilancia específica o recomendaciones de las autoridades sanitarias internacionales o las autoridades sanitarias locales del país donde se encuentre el usuario,**
- **los daños causados intencionalmente por un usuario y los resultantes de su participación en un delito, un delito o una pelea, excepto en casos de legítima defensa,**
- **pérdida de autonomía antes de la fecha de vigencia del certificado de asistencia,**
- **Consecuencias de:**
 - * **muerte,**
 - * **accidentes anteriores a la fecha de vigencia del certificado de asistencia,**
 - * **enfermedades psicológicas previamente diagnosticadas / probadas / formadas o en tratamiento en la fecha de vigencia del certificado de asistencia,**
 - * **condiciones a largo plazo, enfermedades crónicas o discapacidad, previamente establecidas,**
- **daños resultantes de cuidados estéticos (incluida la cirugía estética).**
- **Enfermedades o afecciones crónicas o preexistentes, congénitas o recurrentes (conocidas o no por el Usuario), padecidas con anterioridad y/o padecimientos originados de una enfermedad o afección preexistente, cualquier tipo de cáncer.**
- **Enfermedades con compromiso inmunológico, oncológicas, desordenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean estas conocidas o no por el Usuario.**
- **Tratamiento, de enfermedades o estado patológicos producidos intencionalmente ingestión o administración de tóxicos (drogas),**

narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo, tabaquismo.

- Enfermedades, lesiones, afecciones o consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o atención dada por personas o profesionales no pertenecientes al Equipo Médico o Farmacéutico de la la compañía de asistencia
- Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias de enfermedades venéreas.
- Eventos consecuentes de actos de guerra, secuestro, huelga o actos de terrorismo, servicio militar, manifestaciones, rebelión e insurrección u otra alteración grave del orden público.
- Los causados por mala fe del Usuario.
- El usuario en estado de ebriedad (embriagado).
- Embarazo (cesárea o parto natural).
- Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias.
- Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quinesioterapia, curas termales, podología, psicoterapia.
- Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis o similares, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: prótesis dentales, lentes, audífonos, anteojos, artículos de ortopedia, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, y cualquier otro equipo o aparato para cualquier tipo de tratamiento.
- Eventos ocurridos como consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidos los eventos consecuentes a la práctica de deportes peligrosos de forma profesional o amateur como son: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, buceo, aladeltismo, vuelo en cualquier aparato o nave que no sea de línea comercial, excursionismo, paracaidismo, bungee jumping, Kitesurf, alpinismo, ski, skate, snowboard, parapente, gotcha, ciclismo de montaña, patinaje de ruedas, patinaje en ski y en general todo deporte de invierno.
- El diagnostico, control, seguimiento y tratamiento de embarazos; abortos y sus consecuencias, a menos que sean producto de un accidente.
- Todo tipo de enfermedad mental, disturbios y tratamientos emocionales psicológicos de cualquier naturaleza.
- Tratamientos de alcoholismo o tabaquismo.
- Consecuencia de fuerzas naturales, radiación nuclear y radioactividad, epidemias, cualquier otro fenómeno con carácter que debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional o catástrofe.

- El cáncer y todos sus tratamientos.
- Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos sin licencia de conducir, sin casco.
- Lesiones por participar en apuestas o peleas.
- Exámenes y/u hospitalizaciones para exámenes, pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.
- Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.
- Riesgos profesionales o de actividades laborales.

9. EXCLUSIONES GENERALES

Los gastos ocasionados por los siguientes tratamientos, patologías y procedimientos no están cubiertos, salvo cuando se especifique lo contrario en la tabla de beneficios o en cualquier otra cláusula adicional de la póliza:

1. **Adquisición de un órgano y órganos técnicos o animales:** Trasplantes de órganos que incluyan órganos artificiales o de origen animal y los gastos incurridos en la adquisición de un órgano con relación a la conservación de células madre.
2. **Análisis genéticos de triple screening o cribado, cuádruple o de espina bífida,** excepto para mujeres a partir de los 35 años de edad.
3. **Atención ambulatoria** cuando el plan de asistencia ambulatoria no forme parte de la cobertura del asegurado. En ese caso, los siguientes gastos son un ejemplo de lo que no estaría cubierto: atención ambulatoria en la consulta de un médico, terapeuta o especialista o en una sala de emergencia, cuando no se requiera el ingreso hospitalario del paciente (con excepción de la atención ambulatoria incluida en el Plan Principal, por ejemplo, resonancia magnética, PET y TAC).
4. **Cirugía bariátrica, balón gástrico:** Cirugía o tratamiento con balón gástrico, bloqueo vagal o sistema recargable Maestro o cualquier complicación derivada de dichos procedimientos.
5. **Cambio de residencia fuera de México:** Atención recibida después que el aseguradotitular haya trasladado su residencia a un país fuera de México, porque los planes solamente están disponibles para residentes en México.
6. **Cambio de sexo:** Operaciones de cambio de sexo y tratamientos relacionados.

7. **Carillas dentales y procedimientos relacionados con ellas.**
8. **Cirugía plástica: Cualquier tratamiento efectuado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas, así como cualquier tratamiento cosmético o estético efectuado para mejorar el aspecto, incluso cuando esté prescrito por un médico. La única excepción es la cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, siempre que dicho accidente o cirugía hayan tenido lugar durante el período de afiliación.**
9. **Cirugía refractiva: Tratamientos para modificar la refracción de uno o ambos ojos (corrección de la visión con láser), lo que incluye la queratectomía refractiva y la queratectomía fotorrefractiva, salvo cuanto se indique de otro modo en su tabla de beneficios.**
10. **Gastos de tratamientos para complicaciones directamente causadas por una enfermedad, lesión o tratamiento que están excluidos o limitados según las condiciones del plan de gastos médicos escogido.**
11. **Consultas realizadas y medicamentos prescritos por usted, su cónyuge/pareja, sus padres o sus hijos.**
12. **Tratamientos para enfermedades debidas directa o indirectamente a contaminación química, radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.**
13. **Hospitalización necesaria para cuidados genéricos de enfermería o cualquier enfermedad que no esté cubierta por la póliza del asegurado.**
14. **Desarrollo tardío, a menos que el asegurado no haya alcanzado el desarrollo esperado para un niño de su edad en las áreas cognitivas y físicas. No se cubrirán los casos de retraso leve o temporal. El retraso del desarrollo deberá evaluarse por un médico calificado/certificado y deberá documentarse demostrando un retraso de al menos 12 meses en el desarrollo cognitivo o físico.**
15. **Los costos relacionados con el suministro y la colocación de dispositivos de ayuda médica con prescripción, salvo cuando se indique de manera diferente en la tabla de beneficios.**
16. **Cuidados o tratamientos por drogadicción o alcoholismo, incluidos los tratamientos de desintoxicación y los programas para dejar de fumar, así como los casos de muerte o tratamientos de cualquier**

enfermedad que en nuestra razonable opinión puedan ser relativos a, o consecuencia directa de drogadicción o alcoholismo (por ejemplo, fallo orgánico o demencia).

17. Evacuaciones médicas desde una embarcación en el mar hasta un centro médico en tierra.
18. Cuidados y tratamientos para enfermedades contraídas intencionadamente o lesiones autoinflingidas, incluido el intento de suicidio.
19. Enfermedades preexistentes (incluyendo enfermedades crónicas preexistentes) que se indican en el documento de condiciones especiales emitido antes del comienzo de la póliza (si se aplica), así como las enfermedades que no hayan sido declaradas en el formulario de solicitud de afiliación pertinente. Además, todas las enfermedades que se manifiesten entre la fecha en que se firmó el formulario de solicitud pertinente y la fecha de comienzo de la póliza se considerarán preexistentes, estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán.
20. Tratamientos necesarios como consecuencia de errores médicos.
21. Estancias en centros terapéuticos, spas, termas y otros centros de recuperación o de salud, aunque haya sido recomendado por un médico.
22. Pruebas, tratamientos y complicaciones relacionadas con la esterilidad, esterilización, disfunción sexual (salvo cuando la enfermedad sea el resultado de prostatectomía radical debida a cirugía oncológica) y anticoncepción, incluyendo la inserción y extracción de aparatos anticonceptivos de cualquier tipo, aunque se hayan prescrito por razones médicas. Los gastos para anticonceptivos están cubiertos solamente si están prescritos por un dermatólogo para el tratamiento del acné.
23. Exámenes de la vista realizados por oftalmólogos y optometristas, salvo cuando se especifique de otra forma en su tabla de beneficios.
24. Gastos de transporte para ir o volver de las instalaciones médicas (incluidos los costos de aparcamiento) para recibir atención médica elegible, a menos que se trate de los gastos de transporte cubiertos por los beneficios de transporte local en ambulancia y evacuación médica.
25. Honorarios de médicos requeridos por cumplimentar el formulario de reclamación, u otros gastos administrativos.

26. **Tratamientos directamente relacionados con la gestación subrogada o maternidad de alquiler y recibidos tanto por la madre subrogada como por los padres comitentes.**
27. **Interrupción voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la mujer embarazada esté en peligro.**
28. **Tratamientos y pruebas diagnósticas para lesiones originadas durante la práctica de deportes a nivel profesional.**
29. **Logopedia relacionada con el desarrollo tardío, dislexia, dispraxia o trastornos expresivos del lenguaje.**
30. **Medición de marcadores tumorales, salvo cuando se le ha diagnosticado previamente el tipo específico de cáncer (en este caso, la cobertura para la medición de marcadores tumorales está incluida bajo el beneficio «Oncología»).**
31. **Tratamientos necesarios por no haber seguido las indicaciones del médico o por no haber acudido a un médico.**
32. **Tratamientos para cualquier enfermedad, patología, lesión o muerte producida durante la participación activa en conflictos bélicos, disturbios o alteración del orden público, terrorismo, actos criminales o ilegales o de defensa contra cualquier tipo de hostilidad extranjera, independientemente del hecho de que se haya declarado o no una guerra.**
33. **Pruebas diagnósticas y tratamiento de la alopecia o cualquier tipo de trasplante de cabello, a menos que la pérdida del cabello sea consecuencia del tratamiento del cáncer.**
34. **Clases prenatales y posnatales.**
35. **Productos que puedan adquirirse sin prescripción médica, salvo cuando el beneficio de «Medicamentos de venta libre con prescripción médica» aparezca en la tabla de beneficios.**
36. **Pruebas genéticas, salvo en los siguientes casos**
 - a) **su plan incluye prestaciones específicas para pruebas genéticas;**
 - b) **pruebas de ADN directamente relacionadas con una amniocentesis elegible, por ejemplo, en mujeres de 35 años o más;**
 - c) **pruebas para el receptor genético de tumores, las cuales sí están cubiertas.**

37. Gastos relativos a un terapeuta o asesor familiar en casos de tratamientos ambulatorios de psicoterapia familiar o de pareja.
38. Tratamientos para los trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, autismo, trastornos negativistas desafiantes, comportamientos antisociales, trastornos obsesivos compulsivos o fóbicos, trastornos del apego, problemas de adaptación, trastornos de la conducta alimentaria o de la personalidad, o tratamientos que estimulen la creación de relaciones socio- emocionales positivas, como la terapia familiar, salvo cuando se indique de otro modo en la tabla de beneficios.
39. Tratamientos para los trastornos del sueño, incluyendo insomnio, apnea obstructiva del sueño, narcolepsia, ronquido y bruxismo.
40. Investigaciones y tratamientos para la obesidad, excepto cuando su plan tenga el beneficio de cirugía bariátrica.
41. Tratamiento en los Estados Unidos, cuando tengamos conocimiento o indicios de que la póliza se adquirió con el propósito de viajar a los Estados Unidos para recibir tratamiento para una enfermedad, si el asegurado ya manifestaba los síntomas de la enfermedad antes de adquirir la póliza. Si hemos realizado algún reembolso bajo estas circunstancias, nos reservamos el derecho a exigir al asegurado la devolución de los importes reembolsados.
42. Tratamiento fuera del área geográfica de cobertura, excepto en casos de emergencia o autorizados por Allianz.
43. Tratamiento ortomolecular, consulte la definición de tratamiento molecular.
44. Tratamientos alternativos, a excepción de los indicados en la tabla de beneficios.
45. Cualquier forma de tratamiento o terapia que sea razonable considerar experimental o cuya eficacia no haya sido probada científicamente y/o no haya sido aprobada por la “Food and Drug Administration” de los Estados Unidos o por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en territorio mexicano como tratamiento para la enfermedad en cuestión.
46. Productos clasificados como vitaminas y minerales (excepto durante el embarazo o para tratar síndromes de deficiencias vitamínicas clínicamente probados) y suplementos como por ejemplo fórmulas infantiles y productos cosméticos especiales,

aunque estén prescritos o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas de nutricionista no están cubiertos, salvo cuando el beneficio de «Consultas de nutricionista» aparezca en su tabla de beneficios.

47. Los siguientes tratamientos, gastos y procedimientos, así como las consecuencias adversas o complicaciones que puedan derivarse de ellos, salvo cuando que se indique lo contrario en la tabla de beneficios:

- Complicaciones durante el embarazo y durante el parto.
- Tratamiento dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales, a excepción de intervenciones quirúrgicas bucales y maxilofaciales, las cuales están cubiertas hasta el límite máximo del plan principal.
- Pruebas diagnósticas.
- Honorarios de médicos.
- Tratamiento dental de emergencia.
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.
- Enfermería a domicilio o en clínica de recuperación médica.
- Consultas de nutricionista.
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias.
- Atención ambulatoria.
- Cuidados paliativos
- Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista.
- Dispositivos de ayuda médica con prescripción.
- Fisioterapia prescrita por un médico, logopedia, terapia oculomotora, terapia ocupacional, quiropráctica, osteopatía, homeopatía, acupuntura y podología.
- Medicamentos con receta médica.
- Tratamiento preventivo.
- Tratamiento de rehabilitación.
- Atención de maternidad de rutina.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del asegurado evacuado.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.

10. INDEMNIZACIÓN

10.1 PREAUTORIZACIÓN

Algunos de los beneficios de su plan requieren preautorización, mediante el envío de un formulario de preautorización. Estos beneficios se indican en su tabla de beneficios con un *.

Para su comodidad, le resumimos los beneficios y procedimientos que normalmente requieren preautorización mediante el envío de un formulario (esto puede variar dependiendo de la cobertura seleccionada, consulte su tabla de beneficios para confirmarlo):

- Todos los beneficios hospitalarios listados (cuando necesita pasar la noche en el hospital).
- Tratamiento en ingreso ambulatorio.
- Gastos de un acompañante del paciente evacuado.
- Tratamiento para VIH / Sida.
- Diálisis renal.
- Cuidados a largo plazo.
- Evacuación médica.
- Resonancia magnética. La preautorización para resonancias solamente es necesaria si desea que paguemos directamente al hospital.
- Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica.
- Terapia ocupacional (solamente requiere preautorización cuando es ambulatoria).
- Oncología (la preautorización se requiere solamente cuando el tratamiento se recibe en hospitalización o en ingreso ambulatorio).
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ambulatoria.
- Cuidados paliativos.
- TEP (tomografía de emisión de positrones) y TAC-TEP.
- Tratamiento de rehabilitación.
- Repatriación de restos mortales.
- Atención de maternidad de rutina, complicaciones durante el embarazo y durante el parto (la preautorización se requiere solamente para atención hospitalaria).
- Medicamentos ambulatorios especializados.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del asegurado evacuado
- Gastos de viaje para los familiares asegurados en caso de repatriación de los gastos mortales del asegurado

El uso del formulario de preautorización nos permite evaluar cada caso médico y abonar los gastos directamente al hospital.

Salvo cuando se haya acordado de manera diferente, si no se obtiene la preautorización para los beneficios que la requieren, se aplica lo siguiente:

Si posteriormente se demuestra que la atención recibida no era médicamente necesaria, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso.

Para los beneficios indicados con un *, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso. Si posteriormente se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, abonaremos el 50% del beneficio elegible.

10.2 REEMBOLSO

Allianz indemnizará vía Reembolso los gastos médicos amparados en los que incurra el Asegurado, que sean presentados ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz, siempre y cuando se cumpla con lo indicado en la cláusula **10.6 Pago de Indemnizaciones**.

Con relación a los reclamos por gastos médicos, tenga en cuenta lo siguiente:

- a) Todos los reclamos deben enviarse (con la aplicación o un formulario) no más tarde de seis meses tras la finalización del año de seguro. Si la cobertura se cancela antes de la finalización del año de seguro, los reclamos deben enviarse no más tarde de seis meses tras la fecha de terminación de la cobertura. Transcurrido este período, no estamos obligados a abonar el reembolso.
- b) Debe enviarse un reclamo diferente (con la aplicación o un formulario) para cada persona y para cada diagnóstico.
- c) Es su responsabilidad guardar todos los documentos originales (por ejemplo, recibos médicos) cuyas copias nos envíe, ya que nos reservamos el derecho a solicitar los originales hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, por razones de auditoría. También nos reservamos el derecho a requerir un comprobante de pago (por ejemplo, un extracto del banco o el recibo de la tarjeta de crédito) que confirme el pago de los gastos médicos por su parte. Le recomendamos que guarde copias de toda la correspondencia que mantenga con Allianz ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llegue por causas ajenas a nuestro control.
- d) Si la cantidad solicitada no supera el deducible de su plan, puede conservar todas las facturas y formularios relacionados hasta que la cantidad total a reclamar supere el deducible de su plan, entonces puede enviarnos todos los reclamos (junto con las facturas/recibos). Si tiene otro plan de gastos médicos proporcionado por otra aseguradora y con vigencia a nivel nacional, puede pedir que los reembolsos para atención hospitalaria o en ingreso ambulatorio cubiertos por la aseguradora local se acepten como contribución al pago del deducible previsto por su plan de gastos médicos con Allianz. Esta condición se aplica solamente a beneficios de atención hospitalaria o en ingreso ambulatorio recibidos en un hospital o clínica. Deberá enviarnos una copia de la factura detallada del hospital junto a un extracto o documento oficial que confirme el pago por la aseguradora local. No se aceptan recibos de tarjeta de crédito sin las facturas correspondientes.

- e) Solamente se reembolsarán los gastos relativos a atención médica elegible, hasta los límites de la póliza, tras evaluar los requisitos de preautorización. Los deducibles que figuren en la tabla de beneficios se tendrán en cuenta al calcular la cantidad a reembolsar.
- f) Si se le pide el pago de un depósito antes de recibir atención médica, el gasto ocasionado se reembolsará cuando la atención médica haya finalizado.
- g) Usted y sus dependientes aceptan asistirnos en la obtención de toda la información necesaria para tramitar un reclamo. Tenemos derecho a acceder a su historial médico y a establecer contacto directo con el proveedor de la atención médica. Asimismo, nos reservamos el derecho a solicitar, a nuestro propio cargo, una revisión médica llevada a cabo por un médico nombrado por Allianz cuando lo consideremos oportuno. Toda la información se tratará con la más estricta confidencialidad. Nos reservamos el derecho a retirar beneficios si usted o sus beneficiarios no cumplen estas obligaciones.
- h) Si su reclamación está relacionada con el tratamiento necesario como resultado de un accidente, asegúrese de enviarnos una copia del informe policial. En ciertos casos, podemos pedirle que nos envíe información adicional.

10.3 DEDUCIBLE

Toda indemnización sólo puede ser reclamada hasta que los gastos erogados rebasen el Deducible contratado, en caso de Accidente o Enfermedad.

El Asegurado tendrá la posibilidad de acreditar, a cuenta del Deducible, pagos efectuados por esta u otras compañías aseguradoras que amparen los gastos realizados a consecuencia de la enfermedad o accidente cubiertos en otra póliza. Para ello deberá presentar documentos originales de todos los gastos procedentes amparados por otras pólizas de esta u otras compañías aseguradoras, así como las cartas de siniestralidad y finiquitos correspondientes.

10.4 PERIODO DE BENEFICIO

Si la Póliza se renueva anualmente de manera ininterrumpida, siempre y cuando no se haya agotado la Suma Asegurada, se continuarán pagando los gastos erogados por cada accidente o enfermedad amparada sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para éstos.

En caso de que la Póliza se cancele por cualquier causa o no se lleve a cabo la renovación anual, Allianz cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los diez días siguientes al término de vigencia o fecha de cancelación o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

10.5 CAUSA MAYOR

No podemos considerarnos responsables por ningún fallo o retraso en el desempeño de nuestras obligaciones contractuales cuando el fallo o retraso procedan de una causa mayor. Por causa mayor se entiende un acontecimiento imprevisible, fortuito o inevitable, como por ejemplo desastres por fenómenos atmosféricos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, tormentas de rayos, incendios, hundimientos, epidemias, actos de terrorismo, acciones de hostilidad militar (independientemente del hecho de que se haya declarado una guerra o no), disturbios, explosiones, huelgas u otras acciones de disturbio de la rutina laboral, alteración del orden público, sabotaje, expropiación por las autoridades gubernamentales y cualquier otro acto o acontecimiento ajeno a nuestro control.

10.6 PAGO DE INDEMNIZACIONES

En términos del **Artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se estipula lo siguiente:

“Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.”

“Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

El **Artículo 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estipula lo siguiente:

“Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.”

Cualquier accidente o enfermedad deberá ser notificada por escrito a Allianz en el curso de los primeros cinco días siguientes a la fecha de la atención médica salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Se considerará accidente amparado a todo aquel que se origine dentro de la vigencia de la Póliza, se encuentre cubierto por las condiciones de ésta y la primera atención médica se efectúe dentro de los treinta días siguientes a su fecha de ocurrencia.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento. En caso de que la atención médica no se presente dentro de los treinta días siguientes al accidente, se considerará como enfermedad.

El Asegurado deberá presentar la reclamación del reembolso de gastos médicos amparados en los formatos que le proporcione Allianz debidamente llenadas y acompañadas con las pruebas que validen el accidente o enfermedad amparada y los gastos efectuados.

Para todos los gastos médicos amparados se deberá presentar comprobantes en original que reúnan los requisitos fiscales vigentes, facturados a nombre del titular de la póliza, los cuales quedarán en poder de Allianz después de ser indemnizados.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que Allianz practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a Allianz de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta Póliza.

En términos del **Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se estipula lo siguiente:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

10.7 ARBITRAJE

En caso de que Allianz rechace un siniestro como consecuencia de una enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto Allianz como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de celebración del contrato.

En ese caso, Allianz y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por Allianz.

10.8 MONEDA

La prima debe abonarse en dólares estadounidenses.

En caso de reembolso especifique en el formulario de reclamación la divisa en la que desea recibir el pago. Lamentablemente, en ocasiones podríamos no poder realizar el pago en la divisa indicada en el formulario debido a reglamentaciones bancarias internacionales. En ese caso, revisaremos cada caso para identificar una divisa alternativa apropiada. Cuando sea necesario convertir una cantidad de una divisa a otra, se utilizará el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de las facturas, o en la fecha de pago del reembolso. Nos reservamos el derecho a elegir cuál de los tipos de cambio aplicar.

10.9 INTERÉS MORATORIO

En caso de que Allianz, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita 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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, el interés que se establece en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, computado a partir del día en que se haga exigible dicha obligación.

Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“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;

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

10.10 SUBROGACIÓN

Trascripción del segundo y tercer párrafo del **Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**:

“En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.”

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

Allianz podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado.

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

Para efectos de la subrogación, el Asegurado deberá suscribir a favor de Allianz la respectiva subrogación de derechos que ésta le presente, así como proporcionar todos los datos y documentación que le sean requeridos.

10.11 PRESCRIPCIÓN

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por:

- a) La presentación de reclamaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- b) El inicio del procedimiento a que se refiere el **Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**.

La suspensión de la prescripción de las acciones a que pudiere dar lugar, sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Allianz, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo de la fracción V del **Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“El plazo de que trata el **Artículo 81** no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.”

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 a este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de Noviembre del 2021, con el número CNSF-S0003-0440-2021/CONDUSEF-005108-01.

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros
Bld Manuel Ávila Camacho 164, Col Lomas
de Barrilaco. CDMX 11010.

Tel. 52013100

www.allianz.com.mx

Facebook: [allianzmexico1](https://www.facebook.com/allianzmexico1)

Twitter: [@allianzmexico](https://twitter.com/allianzmexico)