

condiciones generales

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES INDIVIDUAL LINEA
TRADICIONAL**



CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual Línea Tradicional

I. CLÁUSULAS.....	4
1. Contrato de Seguro.....	4
2. Póliza.....	4
3. Endoso.....	4
4. Vigencia.....	4
5. Omisiones o declaraciones Inexactas.....	4
6. Modificaciones y Notificaciones.....	4
7. Moneda.....	4
8. Edad.....	5
9. Monto de Primas.....	5
10. Forma y Lugar de Pago.....	6
11. Pago de Primas.....	6
12. Plazo de Gracia.....	6
13. Vencimiento del Pago.....	6
14. Periodo al Descubierto.....	6
15. Preexistencia.....	6
16. Prescripción.....	7
17. Renovación.....	7
18. Interés Moratorio.....	7
19. Competencia.....	8
20. Comunicación.....	8
21. Notificación de Comisiones.....	8
II. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA.....	9
1. Contratante.....	9
2. Titular.....	9
3. Dependientes Económicos.....	9
4. Familia Asegurada.....	9
5. Reporte de Movimientos.....	9
6. Altas de Asegurados.....	9
7. Bajas de Asegurados.....	9
8. Ajustes.....	9
9. Ocupación/Deportes Peligrosos.....	10
10. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro.....	10
III. DEFINICIONES GENERALES.....	11
1. Accidente Cubierto.....	11
2. Enfermedad Cubierta.....	11
3. Hospitalización.....	11
4. Honorarios.....	11
5. Suma Asegurada.....	11
6. Deducible.....	11
7. Coaseguro.....	11
IV. DEFINICIONES GENERALES.....	12
1. Honorarios de médicos y cirujanos.....	12
2. Gastos de hospital o sanatorio.....	12
3. Gastos de sala de operaciones o de curaciones.....	12
4. Gastos de anestesia y honorarios de anestesista.....	12
5. Cama extra por un acompañante del Asegurado.....	12

6.	Honorarios de enfermera(o) titulada(o).....	12
7.	Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital o sanatorio	12
8.	Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos X.....	12
9.	Gastos de transfusiones de sangre	12
10.	Gastos originados por consumo de oxígeno.....	12
11.	Gastos originados por la renta de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermo, pulmón artificial	12
12.	Ayuda para Gastos de Terapia Física	12
13.	Gastos originados por tratamiento con radio o de terapia radiactiva	13
14.	Aparatos de prótesis dental	13
15.	Gastos de transporte en ambulancia y aérea	13
16.	Gastos originados por tratamientos de padecimientos congénitos	13
17.	Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto medicas	13
18.	Visitas medicas	13
19.	Tratamientos programados	13
V.	LIMITACIONES	14
1.	Periodo de Espera	14
2.	Periodo de Cobertura.....	14
3.	Honorarios del cirujano y ayudantes.....	14
4.	El pago a los ayudantes.....	15
5.	Tabla de Intervenciones Quirúrgicas	15
6.	Pago Máximo	15
7.	Tratamiento Completo.....	15
8.	Intervención o Servicios no Especificados.....	15
9.	Pago Máximo por Sesión Quirúrgica	15
10.	Honorarios de anestesia	16
11.	Accidente o enfermedad (honorarios por consultas medicas).....	16
12.	Accidente o enfermedad (asistencia de enfermera(o)).....	16
13.	Periodo de espera 1 y 2 años	16
14.	Tratamiento médicos quirúrgicos de nariz.....	16
15.	Limitaciones	17
16.	Queratotomía	17
VI.	EXCLUSIONES	18
VII.	INDEMNIZACIONES	21
1.	Aviso.....	21
2.	Pruebas	21
3.	Pagos	21
4.	Impuesto.....	22
5.	Deducciones	22
6.	Pagos Improcedentes	22
DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS ADICIONALES		
GASTOS MÉDICOS MAYORES		23
REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA.....		23
FUNCIONAMIENTO DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.....		23
AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO		24
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.		25
PADECIMIENTOS CONGÈNITOS.		26
BENEFICIO DE MATERNIDAD.		26

ENDOSOS DESCRIPTIVOS EN GASTOS MEDICOS MAYORES	27
ENDOSO DE DAÑOS SIQUIATRICOS	27
ENDOSO PARA CUBRIR LA PRACTICA DE DEPORTES PELIGROSOS	28
ENDOSO DE COBERTURA POR SIDA	29
DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO	30
SUMA ASEGURADA PARA HONORARIOS QUIRÚRGICOS	30
CIRUGÍA PROGRAMADA.....	31
COBERTURA MÀXIMA POR RENOVACIÒN	31
PARTICIPACIÒN MÍNIMA POR HOSPITALIZACIÒN	32
ENDOSO HOSPITALARIO.....	32
COBERTURA VITALICIA	33
PREEXISTENCIA DECLARADA.....	34
ENDOSO A	36
ENDOSO B	37

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual Línea Tradicional

I. CLÁUSULAS.

1. Contrato de Seguro.- Está constituido por la solicitud, la póliza y los endosos que se agreguen, además de los certificados individuales.

Este contrato establece que la Empresa Aseguradora mediante la obligación del pago de una prima, se obliga a pagar, hasta por la cantidad indicada en la carátula de la póliza, las cantidades que resulten de algún siniestro que sea procedente por virtud de un accidente y/o enfermedad cubiertos.

2. Póliza.- Documento en el que constan las obligaciones y derechos de las partes en los contratos de seguro.

3. Endoso.- Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del contrato y forma parte de éste.

4. Vigencia.- Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de la Póliza.

5. Omisiones o declaraciones Inexactas.- El Contratante, los Asegurados y los representantes de éstos, están obligados a declarar por escrito a la Latinoamericana, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Latinoamericana para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Arts. 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Asimismo deberán notificar el lugar de residencia de sus dependientes económicos incluidos en la Póliza, en caso de que éstos no vivan con él.

6. Modificaciones.- Sólo tendrán validez las modificaciones que se acuerden previamente entre el Contratante y la Latinoamericana y consten por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones" (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones."

7. Moneda.- Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o de la Latinoamericana, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos.

8. Edad.- Si la edad del Asegurado estuviere fuera de los límites establecidos de aceptación, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos y sin ningún valor. La Aseguradora reintegrará a quien corresponda el 70% o la reserva matemática, lo que resulte mayor de la parte de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la Póliza, que hubiere pagado en el último año de vigencia de la misma.

Si el Asegurado hubiere pagado una prima mayor a la de su edad real, la Aseguradora estará obligada a rembolsar al Asegurado respectivo el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado ese Asegurado. La Latinoamericana estará obligada a pagar la suma asegurada de acuerdo con la edad real.

Si el Asegurado hubiere pagado una prima inferior a la de su edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

La Latinoamericana para comprobar la edad, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes que demuestren la edad del Asegurado, haciéndose la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Límites de edad:

a) De contratación:	Titular:	De 18 años hasta 64 años.
	Dependiente:	De 0 años hasta 64 años.
b) De renovación:	Hasta 69 años, excepto cuando aplique la cobertura vitalicia.	

9. Monto de Primas.- El monto de la prima de esta Póliza, será el que corresponda a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de seguro, la edad y el sexo de cada Asegurado. La prima cubre un período de 12 meses en caso de prima anual o la correspondiente en caso de pago fraccionado.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima cubre el período correspondiente al plazo de un año y será pagadera instantáneamente. En cada renovación, la Latinoamericana podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro, previo registro del procedimiento, que éste apegado a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A cada miembro de la familia Asegurada, que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la Prima por Devengar que corresponda a su edad y sexo, en el mismo plan.

Cuando los Asegurados se den de baja durante la vigencia de la presente Póliza, la Latinoamericana devolverá al Contratante y/o Asegurado la prima no devengada calculada desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la Prima, correspondiente a dicho Asegurado, por meses completos, siempre y cuando no se haya pagado reclamación alguna a dicha Póliza.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor a la fecha de la misma, que se hayan registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

10. Forma y Lugar de Pago.- El Contratante y/o Asegurado puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea en períodos mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Asegurado y la Latinoamericana en la fecha de celebración del contrato de seguro.

La prima deberá ser pagada en el domicilio de la Latinoamericana, salvo pacto en contrario.

11. Pago de Primas.- El Contratante o el Asegurado deberán pagar a la Latinoamericana, las primas que correspondan a su edad alcanzada en la fecha de la aceptación del riesgo, contra entrega del recibo expedido por la Latinoamericana, "Según la tarifa de primas que se encuentre registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas", de haber efectuado su pago de primas con cheque sin fondos o fondos insuficientes, se considerara que la prima no ha sido pagada.

12. Plazo de Gracia.- El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago de la prima, cuando haya sido pactada en parcialidades y sólo respecto de la primera fracción de ella, para las subsecuentes fracciones dicho plazo será de 15 días naturales para el pago (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), cuando el pago sea en una sola exhibición el plazo para el pago de la prima será de 30 días naturales, si el pago no ha sido efectuado, cesarán los efectos del contrato.

13. Vencimiento del Pago.- La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

14. Período al Descubierto.- Es aquel lapso de tiempo en el cual la prima de la Póliza no está pagada. Inicia al día siguiente del último día del período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este periodo.

15. Preexistencia.- Se deberá establecer que La Latinoamericana sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho designándose desde este momento como árbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Latinoamericana.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, La Latinoamericana, como parte del procedimiento de suscripción, podrán requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Podrán establecer en los contratos, las enfermedades y/o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

Asimismo, se podrá establecer que en el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la institución podrá aceptar el riesgo declarado.

16. 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 el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Latinoamericana.

17. Renovación.- Esta Póliza podrá ser renovada por períodos de un año, si dentro de los últimos 15 días naturales de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito que es su voluntad NO RENOVARLO. El pago de la prima acreditada mediante un recibo extendido por la Latinoamericana, será prueba suficiente de tal renovación.

La Latinoamericana podrá modificar en cada renovación, las tarifas aplicables de acuerdo con los resultados que haya presentado en los periodos del seguro de acuerdo a procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, a la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

18. Interés Moratorio.- Si La Latinoamericana no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización

por mora de acuerdo con lo establecido en el Artículo 135 BIS de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

19. Competencia.- En caso de controversia, el asegurado podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros 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 Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de la Latinoamericana de satisfacer las pretensiones del Asegurado.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga se dejarán a salvo los derechos del Asegurado para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

20. Comunicación.- Toda comunicación entre La Latinoamericana y el Asegurado y/o Contratante, deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la póliza.

Toda notificación a la Latinoamericana, deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la Póliza.

Para el caso de que la Latinoamericana cambie de domicilio, ésta lo comunicará al Contratante y/o Asegurado.

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General De Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo del dos mil cuatro, el Asegurado y/o el Contratante deberá proporcionar a La Latinoamericana todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del seguro.

21. Notificación de Comisiones.- Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Latinoamericana le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Latinoamericana proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

II. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Contratante.- Es aquella persona física o moral responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del seguro en su totalidad.
2. Titular.- Para efecto de esta Póliza, se considera Titular a aquella persona que aparece como Asegurado principal de la Póliza o Certificado según sea el caso.
3. Dependientes Económicos.- Por dependientes económicos del Asegurado principal, se consideran las siguientes personas:
 - a) Su cónyuge.
 - b) Los hijos solteros que dependan económicamente del Titular y que no perciban remuneración por trabajo personal.
 - c) Familiar en línea recta que dependa totalmente del Titular. En este caso la selección se aplicará en forma individual.

Esta dependencia deberá ser demostrada a la Latinoamericana.

4. Familia Asegurada.- El Asegurado principal y sus dependientes económicos siempre que se encuentren amparados en esta Póliza.
5. Reporte de Movimientos.- El Contratante o Titular deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de asegurados y aumento o disminución de beneficios, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran.
6. Altas de Asegurados.- Si el reporte es oportuno, dentro de los 30 días señalados en el punto anterior, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados, en caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de la Latinoamericana, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.
Lo anterior también es aplicable para el caso de matrimonio o nacimiento, siendo la fecha elegible la del matrimonio civil y la del día de nacimiento respectivamente.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, La Latinoamericana tendrá derecho a cobrar una prima de acuerdo con la edad y sexo de dicho Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima, por meses completos.

7. Bajas de Asegurados.- Causarán baja de esta Póliza, las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante o Titular se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Latinoamericana, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, la Latinoamericana devolverá al Contratante y/o Asegurado la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado, por meses completos, siempre y cuando no se haya pagado reclamación alguna a dicha Póliza.

8. Ajustes.- En caso de altas o bajas de asegurados, o de aumentos o disminución de beneficios, la Latinoamericana cobrará o devolverá al Contratante o Titular, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del período de seguro, por meses completos.

9. Ocupación/Deportes Peligrosos.- Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa o practica deportes peligrosos, deberá dar aviso por escrito a la Latinoamericana, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación. La Latinoamericana, de aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir dicho riesgo. En caso de no dar aviso, la Latinoamericana no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno que se origine a consecuencia de la nueva ocupación.

10. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro.- De las reclamaciones que por enfermedad y/o accidente cubiertos se presenten, se definirán los gastos procedentes en base a: las sumas aseguradas contratadas, condiciones vigentes al momento de erogarse el primer gasto, limitaciones y exclusiones que aparecen en la carátula de la Póliza, certificado individual, condiciones generales y endosos correspondientes.

A la cantidad resultante de lo anterior, se disminuirá el deducible de acuerdo a las condiciones de cobertura contratada que corresponda; a esta diferencia se le descontará la cantidad que se obtenga de aplicar el porcentaje de coaseguro contratado.

El resultado así obtenido corresponderá a la indemnización que se liquidará sobre la reclamación.

Si usted contrató un plan con hospitales especificados el catálogo como nivel "A", le permite el acceder a cualquiera de los detallados en este plan y según endoso hospitalario.

Si contrató un plan con hospitales en nivel "B", y desea hacer uso de un hospital en nivel "A", aplicará el doble de deducible y doble coaseguro en cualquier tipo de reclamación cubierta (enfermedad y/o accidente). Además de lo establecido en el endoso hospitalario y sin perjuicio de lo establecido en el Beneficio de Participación Mínima.

Si contrató un plan con hospitales en nivel "C", y desea hacer uso de un hospital en nivel "A", aplicará el doble de deducible y triple coaseguro en cualquier tipo de reclamación cubierta (enfermedad y/o accidente). Además de lo establecido en el endoso hospitalario y sin perjuicio de lo establecido en el Beneficio de Participación Mínima.

Si contrató un plan con hospitales en nivel "C", y desea hacer uso de un hospital en nivel "B", aplicará el doble de deducible y doble coaseguro en cualquier tipo de reclamación (enfermedad y/o accidente).

III. DEFINICIONES GENERALES

1. Accidente Cubierto.- Se considera accidente cubierto aquel acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, violenta y fortuita que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera como accidente cubierto, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Cuando a causa de un accidente cubierto, el Asegurado necesitare de atención médica o quirúrgica, los gastos serán sin deducible y sin coaseguro, según el nivel hospitalario contratado, siempre y cuando el primer gasto sea erogado dentro de los 90 días naturales siguientes a partir del primer día de ocurrido el accidente cubierto, pasado este período, será considerado como enfermedad aplicando el deducible y coaseguro estipulado en su Póliza.

2. Enfermedad Cubierta.- Es toda alteración de la salud que resulte por causas anormales internas o externas con relación al organismo y por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico. Para efectos de esta Póliza, se considerará como una sola Enfermedad Cubierta, a las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de latrogénia, o de complicaciones naturales a los procedimientos realizados y a las enfermedades tratadas, generadas en tratamiento continuo ya sea hospitalario o ambulatorio.

3. Hospitalización.- Se entiende como hospitalización, la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio. Dicho período empezará a correr en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y se reporte como asegurado de la Latinoamericana.

4. Honorarios.- Son aquellos honorarios de médicos y enfermeras legalmente autorizados para ejercer su profesión.

5. Suma Asegurada.- Es la cantidad máxima que paga la Latinoamericana por cada Asegurado, a consecuencia de una reclamación, de acuerdo a los límites pactados en la carátula de la Póliza, Endosos y Cláusulas correspondientes para cada cobertura.

6. Deducible.- Es la cantidad pactada y que se encuentra establecida en la carátula de la Póliza y que será a cargo del Asegurado, por los primeros gastos cubiertos en cada enfermedad. Cuando se trate de gastos originados por un accidente cubierto, se deberá rebasar el deducible contratado, siempre que se contemple el nivel de hospital contratado y el monto del Deducible sea igual o inferior a \$4,000.00.

7. Coaseguro.- Es el porcentaje con el que participa el Asegurado en toda indemnización por enfermedad después de descontado el deducible. Cuando se trate de gastos originados por un accidente cubierto, no se aplica Coaseguro, siempre que se contemple el nivel de hospital contratado y el porcentaje del Coaseguro sea igual o inferior al 10%.

IV. GASTOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de ésta póliza ocurriera una enfermedad y/o accidente cubierto por este Contrato de Seguro, La Latinoamericana cubrirá los gastos procedentes que a continuación se mencionan, hasta el monto de la suma asegurada, de acuerdo con las condiciones y límites estipulados en estas Condiciones Generales, siempre que los gastos hayan sido originados dentro de la República Mexicana.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, LAS PARTES PACTAN QUE TODO LO QUE NO SE ESPECIFIQUE COMO GASTO CUBIERTO, SE CONSIDERARÁ NO CUBIERTO.

De acuerdo a lo anterior, esta Póliza ampara:

1. Honorarios de médicos y cirujanos.
2. Gastos de hospital o sanatorio, de acuerdo al nivel hospitalario contratado, representado por el costo de la habitación (Privada estándar) y alimentos, así como medicinas consumidas en el mismo por el Asegurado.
3. Gastos de sala de operaciones o de curaciones.
4. Gastos de anestesia y honorarios de anestesista.
5. Cama extra por un acompañante del Asegurado, durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.
6. Honorarios de enfermera(o) titulada(o) máximo 3 turnos durante 30 días (con orden del médico tratante y siempre y cuando el diagnóstico lo amerite).
7. Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital o sanatorio, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se acompañe el recibo de la farmacia con la receta.
8. Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de accidente y/o enfermedad cubierta.
9. Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.
10. Gastos originados por consumo de oxígeno, los cuales deberán venir acompañados de la orden médica indicando el tratamiento a seguir.
11. Gastos originados por la renta de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermo, pulmón artificial u otros aparatos semejantes y deberán acompañarse por la orden del médico tratante.
12. Ayuda para Gastos de Terapia Física, La Latinoamericana, ofrecerá una ayuda al Asegurado que así lo requiera como consecuencia de una enfermedad y/o accidente amparado por éste contrato, siempre y cuando la terapia física haya sido prescrita por el médico tratante y ésta se realice en centros especializados para ello.

La Latinoamericana, podrá de conformidad con el padecimiento y a la evolución de éste, aplicar las políticas respectivas, basadas en su experiencia y en su caso podrá solicitar una segunda opinión médica.

Máximo diez sesiones

13. Gastos originados por tratamiento con radio o de terapia radioactiva.

14. Aparatos de prótesis dental. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental necesarios a consecuencia de accidente, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos, prótesis o endoprótesis (estas incluyen o se consideran como tal a las placas y tornillos de material de osteosíntesis sistemas de estabilización de columna vertebral, stents intracoronarios, marcapasos e injertos tendinosos), que se requieran a causa de accidente y/o enfermedad, serán cubiertos por la Latinoamericana hasta un límite de 10% de la suma máxima de protección que corresponda a cada Asegurado, quedará excluida la reposición de cualquier tipo de prótesis o endoprótesis ya existentes a la fecha del accidente y/o enfermedad.

15. Gastos de transporte en ambulancia y aérea, hasta por la cantidad estipulada en la carátula de la póliza y/o endosos de la cual formen parte y anexando justificación médica. Asimismo gastos de ambulancia aérea hasta un límite de \$50,000.00 también con justificación médica.

16. Gastos originados por tratamientos de padecimientos congénitos de hijos del Asegurado, nacidos durante la vigencia de esta Póliza, si la madre estuviere incluida dentro de este contrato de seguro, cuando menos con 10 meses de antelación al nacimiento. No opera el reconocimiento de antigüedad de otras compañías para este periodo. Aplican con las limitaciones establecidas en el presente clausulado.

17. Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto de la asegurada titular o cónyuge:

- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- b) Los estados de fiebre puerperal.
- c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

La operación cesárea que se practique a la Asegurada Titular o cónyuge del Asegurado Titular siempre y cuando sea en máximo dos ocasiones, mientras dichas operaciones ocurran dentro de la vigencia de la póliza y vida de la Asegurada, se cubrirán por el 50% de los gastos procedentes, y con un máximo de 20 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el D.F. No aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario contratado.

Estos gastos serán cubiertos sólo si ocurren después de 10 meses de vigencia continua o más en esta Póliza, a la fecha del acontecimiento, o del certificado relativo; en consecuencia no aplica el Reconocimiento de Antigüedad.

18. Visitas médicas. Máximo una diaria en hospital o consultorio, dos en terapia intensiva. En caso de cirugía, el costo de las visitas del médico tratante durante el mismo internamiento estará incluido en el pago de los honorarios quirúrgicos.

19. Tratamientos programados. En caso de tratamientos programados mayores a 30 días naturales, el pago se efectuará sobre procedimientos ya ejecutados. No se realizarán pagos por anticipado. No se pagarán consultas postquirúrgicas en los 15 días posteriores a la cirugía.

V. LIMITACIONES

1. Período de Espera.- La eventualidad por concepto de enfermedad cubierta deberá manifestarse durante la vigencia de esta póliza, o dentro de los períodos establecidos en las cláusulas 13 y 14 de este mismo capítulo. Este periodo no aplica en renovaciones.

2. Período de Cobertura.- Si la póliza se renueva anualmente, se continuarán pagando los gastos por cada accidente y/o enfermedad, sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, con tope de la suma básica contratada por el concepto que se trate conservando las condiciones del plan vigente en el momento del primer gasto o fecha de inicio de signos o síntomas por atención del accidente y/o enfermedad cubiertos.

Para poder acceder a este beneficio, la póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan con mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, suma asegurada, tabuladores y hospitales se refiere.

Si se cambia a un plan menor se le pagará con las condiciones, suma asegurada y tabulador menor y el deducible y coaseguro mayor de ambos planes.

Cuando el Asegurado Titular derivado de una enfermedad y/o accidente, acto de autoridad o de delincuencia no pueda expresar su consentimiento para la renovación del presente contrato, esta póliza se renovará automáticamente por un periodo que no excederá de 30 días naturales los cuales serán simultáneos al plazo de gracia, dicho periodo será sin pago de prima, transcurrido dicho plazo sin que desaparezca el impedimento citado, el contrato cesará sus efectos automáticamente.

En caso de que el Asegurado Titular se rehabilite en este periodo, deberá hacerlo del conocimiento de La Latinoamericana y ponerse al corriente en el pago de primas desde la fecha en que dejó de pagar la prima.

En caso de que La Latinoamericana se coloque en alguno de los supuestos legales de disolución, liquidación o quiebra, se estará a lo que al efecto señale la legislación vigente de la materia.

En caso que La Latinoamericana suspenda la operación de este Plan, se estará a lo que dispone el Art. 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si el Asegurado cancela o no hace la renovación anual, se cubrirán los gastos efectuados de reclamaciones provenientes de siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, durante los siguientes 30 días naturales posteriores a la fecha de conclusión de su vigencia.

Cuando la Latinoamericana decida ya no comercializar el ramo, y que por dicha circunstancia el asegurado no pueda renovar el contrato y se encuentre recibiendo algún tipo de atención médica cubierta por la póliza, o se le haya diagnosticado enfermedad que requiera atención médica futura, se le pagará dichos gastos durante los treinta días siguientes a la terminación del contrato o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.

El incremento de primas en cada renovación, será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica y con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

Los parámetros de costos de administración, utilidad y costo de adquisición serán iguales o menores a los aplicados en la última renovación de la póliza.

3. Honorarios del cirujano y ayudantes.- Si como consecuencia de alguna enfermedad y/o accidente cubiertos, el Asegurado requiere de intervención quirúrgica, la Latinoamericana cubrirá los honorarios del cirujano y ayudantes hasta la suma máxima para intervención quirúrgica, que se encuentra señalada en la carátula de la póliza.

La cantidad liquidada por este concepto incluye todas las atenciones consultas, visitas hospitalarias prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes e instrumentistas hasta 15 días posteriores a la intervención quirúrgica realizada.

4. El pago a los ayudantes en ningún caso será superior al 20% de los honorarios del cirujano principal. El pago del instrumentista en ningún caso será superior al 10% de los honorarios del cirujano principal.

5. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas.- Relación de intervenciones quirúrgicas, donde se indica el porcentaje que aplicado a la suma asegurada, determina el monto máximo que pagará la Latinoamericana por este concepto. Dicha suma asegurada es la que se pacta en la carátula de la Póliza.

6. Pago Máximo.- Si la póliza se contrató con tabla de intervenciones quirúrgicas, el pago máximo para cada intervención u otro servicio señalado en la tabla, incluyendo todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, médicos e instrumentistas involucrados en la atención quirúrgica, será el porcentaje asignado, aplicado sobre la suma asegurada para gastos quirúrgicos que se indica en la carátula de esta Póliza.

7. Tratamiento Completo.- En el caso de intervenciones quirúrgicas denotadas como tratamiento completo, debe entenderse que ya sea que éste se efectúe en una o más intervenciones, el pago máximo correspondiente a dicho procedimiento será el que resulte de aplicar el porcentaje establecido por cada sesión (independientemente del número de sesiones requeridas).

8. Intervención o Servicios no Especificados.- En este caso, la Latinoamericana determinará el porcentaje que corresponda por similitud en severidad y gravedad a alguna intervención o servicio especificado en la tabla de honorarios médicos y quirúrgicos. El pago que resulte no podrá ser mayor a la suma asegurada para honorarios quirúrgicos establecida en la carátula de la Póliza.

9. Pago Máximo por Sesión Quirúrgica.- Los gastos médicos cubiertos por este concepto, no excederán de los siguientes límites:

a) Cuando se efectúe una sola intervención, el pago máximo que corresponda.

b) Cuando se efectúen dos o más intervenciones, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, la Latinoamericana efectuará el pago máximo que corresponda a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas, indicada con el mayor porcentaje o una de

ellas cuando los porcentajes estipulados en la tabla de honorarios médicos y quirúrgicos sean iguales.

c) Si en la misma sesión quirúrgica, el cirujano efectúa otra intervención en diferente campo operatorio o diferente incisión, la Latinoamericana pagará el porcentaje correspondiente a la mayor, más el 50% de la otra intervención. No quedará cubierto cualquier otro procedimiento quirúrgico.

Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.

d) Se cubrirán visitas hospitalarias al cirujano después de 15 días de hospitalización posteriores a la cirugía

10. Honorarios de anestesia.- Los honorarios de anestesista se cubrirán con un máximo equivalente al 30% de los honorarios cubiertos por esta Póliza al cirujano principal.

11. Accidente o enfermedad (honorarios por consultas médicas).- Si como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, la Latinoamericana le cubrirá los honorarios por consultas médicas en sanatorios, hospitales o consultorios, de acuerdo con los límites estipulados en la carátula de la Póliza, a razón de una por día como máximo.

12. Accidente o enfermedad (asistencia de enfermera(o)).- Si como consecuencia de algún Accidente y/o Enfermedad, el Asegurado se encontrara recluso y durante su reclusión requiriese de la asistencia de enfermera(o) especial, la Latinoamericana le cubrirá los honorarios, según nivel de hospital contratado, por este concepto de acuerdo con los límites estipulados en la carátula de la Póliza con un máximo de 3 turnos diarios, fuera del hospital se cubrirá un máximo de 30 días por cada accidente y/o enfermedad, siempre y cuando el padecimiento amerite dicho servicio por la gravedad del mismo. La Latinoamericana no cubre concepto de "cuidadora" bajo ningún esquema.

13. Periodo de espera 1 y 2 años.- El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre, en los dos primeros años que siguen a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, los gastos resultantes de tratamientos de eventraciones, tratamientos médicos quirúrgicos de hernias y padecimientos de columna vertebral de cualquier tipo o localización, tratamiento médico o quirúrgico de hemorroides, cualquier padecimiento ano-rectal, prolapso, fisuras y abscesos, amigdalitis, adenoiditis, cataratas y cualquier cirugía refractiva, enfermedades acidopépticas y Reflujo Gastroesofágico (ERGE) (gastritis, esofagitis, duodenitis, úlceras, enfermedades gastroesofágicas), padecimientos de rodilla, en accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa u origen. Pasado este tiempo, sí se cubrirán dichos gastos, siempre y cuando no se trate de algún padecimiento preexistente a la fecha de contratación de esta Póliza y que los primeros gastos erogados por dichos padecimientos hayan dado inicio después del segundo año de espera indicado.

Asimismo no se cubrirá en el primer año cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, histerectomías, miomectomías, endometriosis, padecimientos ginecológicos, insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores, litiasis de cualquier tipo. Pasado este tiempo, sí se cubrirán dichos gastos, siempre y cuando no se trate de algún

padecimiento preexistente a la fecha de contratación de esta Póliza y que los primeros gastos erogados por dichos padecimientos hayan dado inicio después del primer año de espera indicado.

14. Tratamiento médicos quirúrgicos de nariz.- Los tratamientos médicos quirúrgicos de nariz, septum y/o senos frontales nasales y paranasales quedarán cubiertos hasta por un máximo de 20 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el D.F. Con suma topada máximo 20 SMGMVDF para la totalidad del evento, es decir lo que se ampare por hospital y honorarios médicos al momento del primer gasto erogado, aplicándose en su momento el deducible y coseguro contratados bajo las condiciones siguientes:

- a) Después del segundo año que siga a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza.
- b) Siempre y cuando no sea a consecuencia de padecimientos congénitos o preexistentes o de carácter estético o plástico y conforme a las definiciones de esta Póliza.

15. Limitaciones.- Las limitaciones enumeradas en el párrafo a) del punto 14 anterior no operan siempre y cuando el tratamiento señalado sea debido a un accidente cubierto; mismo que deberá ser demostrado a la Aseguradora (Actuaciones legales, rayos X, primera consulta, fotografías pre y post-operatorias, entre otras).

16. Queratotomía.- Se cubre Queratotomía Radiada, Queratomileusis y Epiqueratofaquia con un periodo de espera de dos años y sólo en los casos en que el(la) Asegurado(a) presente 5 dioptrías o más, en cada ojo, y estas sean comprobadas mediante un estudio de refracción computarizada.

17. La Latinoamericana, ofrecerá una ayuda al Asegurado que así lo requiera como consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por éste contrato, siempre y cuando la terapia física haya sido prescrita por el médico tratante y ésta se realice en centros especializados para ello. Esta ayuda por terapias físicas se limita a 10 sesiones.

La Latinoamericana, sin menoscabo de los hechos anteriores, podrá de conformidad con el padecimiento y a la evolución de éste, otorgar más sesiones, con base en las políticas respectivas, su experiencia y en su caso podrá solicitar una segunda opinión médica.

VI. EXCLUSIONES

El contrato contenido en esta póliza, no cubre los conceptos que a continuación se enumeran:

1. Padecimientos Preexistentes, considerados como tales o los que a continuación se mencionan:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho designándose desde este momento como arbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Latinoamericana.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, La Latinoamericana, como parte del procedimiento de suscripción, podrán requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos CONGÉNITOS en hijos del Asegurado nacidos fuera de la vigencia de esta Póliza.

Entendiéndose por padecimientos congénitos aquellos que existen desde que nace el individuo o antes del nacimiento. Estos pueden hallarse presentes sin dar lugar a síntomas o signos aparentes en el nacimiento o manifestarse posteriormente.

3. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier lesión pigmentaria de la piel, LUNARES, NEVUS, acné y similares.

4. Intervenciones quirúrgicas de carácter ESTÉTICO o PLÁSTICO, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún ACCIDENTE y/o ENFERMEDAD ocurrido durante la Vigencia de la Póliza. Hernias Ventrales (incluye diástasis de músculos rectos abdominales).

Tratamientos médicos o quirúrgicos para REDUCCIÓN DE PESO u OBESIDAD Y CALVICIE, APNEA DEL SUEÑO Y RONCOPATIAS.

5. Tratamientos PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS, trastornos de enajenación mental, estados de DEPRESIÓN PSÍQUICA o NERVIOSA, HISTERIA, NEUROSIS O PSICOSIS, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas y complicaciones.

6. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la CONDUCTA y el APRENDIZAJE, TERAPIAS DE LENGUAJE Y/O NEURODESARROLLO Y/O NEUROESTIMULACION Y/O SIMILARES

7. Padecimientos o accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado a consecuencia de ALCOHOLISMO (INTOXICACION ETILICA) o TOXICOMANÍA.

8. ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, LENTES INTRAOCULARES y APARATOS AUDITIVOS Y ANILLOS INTRAOCULARES.

9. Tratamientos DENTALES excepto si fue a causa de un accidente, ALVEOLARES o GINGIVALES y sus complicaciones, cualesquiera que sea su naturaleza y origen.

10. Afecciones propias del EMBARAZO, ABORTOS, PARTOS PREMATUROS o PARTOS NORMALES o ANORMALES y toda complicación del embarazo, del parto o del PUERPERIO que no sea precisamente de las consignadas en esta Póliza en el numeral 17 del capítulo "Gastos Cubiertos".

11. LEGRADOS UTERINOS. (Cualquiera que sea su causa), excepto cuando esté amparado el beneficio de maternidad y en las condiciones ahí establecidas para titular o concubina.

12. Tratamiento médico y/o quirúrgico para el CONTROL DE LA NATALIDAD y sus complicaciones. Tratamiento médico o quirúrgico de la ESTERILIDAD, TRATAMIENTOS POR OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA Y CLIMATERIO O MENOPAUSIA, TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO.

13. Gastos ocasionados por CIRCUNCISIÓN.

14. Tratamiento Médico o Quirúrgico para corregir XIFOSIS, LORDOSIS O ESCOLIOSIS de columna vertebral, cuando derive de un accidente o complicación de cualquier enfermedad o procedimiento inclusive cubierto por la Latinoamericana.

15. Curas de REPOSO o EXÁMENES MÉDICOS GENERALES, para comprobación de estados de salud, conocidos con el nombre check-up.

16. Tratamientos QUIROPRÁCTICOS, ACUPUNTURISTAS, HOMEOPÁTICOS, NATURISTAS y VEGETARIANOS. Tratamiento médico o quirúrgico a base de HIPNOTISMO y QUELACIONES ASI COMO MULTIVITAMINICOS, SUPLEMENTOS, TRATAMIENTOS CON HORMONA DE CRECIMIENTO, TRAMIENTOS DE CUALQUIER TIPO QUE SE ENCUENTREN EN FASE EXPERIMENTAL.

17. Lesiones de cualquier clase que el Asegurado sufra por el SERVICIO MILITAR, actos de GUERRA, INSURRECCION, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, RIÑA, siempre que sea provocador o ACTOS DELICTUOSOS intencionales en que participe directamente.
18. SUICIDIO o cualquier intento del mismo o MUTILACION VOLUNTARIA, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
19. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
20. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como PILOTO, PASAJERO, MECÁNICO o MIEMBRO DE LA TRIPULACION de cualquier AERONAVE que no pertenezca a una Línea Comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de personas.
21. Lesiones que sufra por la práctica de PARACAIDISMO, VUELOS DELTA o VUELOS en PLANEADORES o cualquier deporte aéreo.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en CARRERAS, PRUEBAS o CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA o VELOCIDAD.
23. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en MOTOCICLETAS, MOTONETAS u otros VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR.
24. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de MONTAÑISMO, ALPINISMO, BOX, LUCHA LIBRE o GRECOROMANA, KARATE y/o ARTES MARCIALES de cualquier tipo, BUCEO, EQUITACIÓN, HOCKEY, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, ESQUI de cualquier tipo, CHARRERIA, TAUROMAQUIA, RUGBY, FUTBOL AMERICANO, CAÍDA LIBRE CON LIGA (BONGEE) y cualquier actividad denominada como DEPORTE EXTREMO los cuales se detallan de manera enunciativa más no limitativa, MEGAPENDULO, ORBITRON, PATINAJE EN LINEA, PATINETA, CICLISMO TIPO CROSS EN PISO O EN RANPA, DESCENSO DE CAÑONES, TRAVESIA EN RAPIDOS UTILIZANDO CANOAS, BALSAS, KAYAK o cualquier otro tipo de embarcación.
25. Gastos realizados por ACOMPAÑANTES del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, a excepción de la cama extra.
26. Tratamientos originados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
27. Gastos ocasionados por donación de órganos, miembros, sangre, etc., aun cuando el donante se encuentre Asegurado dentro de la Póliza o en cualquier otra (PRUEBAS SEROLOGICAS, GRUPO Y RH, PRUEBAS CRUZADAS, COMS DIRECTO E INDIRECTO Y UNIDAD TRANSFUNDIDA O SIMILARES).

VII. INDEMNIZACIONES

1. **Aviso.**-Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Latinoamericana, en el curso de los primeros 5 días hábiles, de cualquier accidente y/o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización y deberá estar en vigor la cobertura de la póliza al ocurrir el evento.

En caso de retraso en el aviso, en términos del Art. 76 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el reclamante deberá probar que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como ceso uno u otro. Cuando cualquiera de los asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, el asegurado titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que este deba internarse. El asegurado titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.

2. **Pruebas.** El reclamante presentará a su costa a la Latinoamericana, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, toda la documentación original necesaria para acreditar la enfermedad padecida o los gastos en que incurrió el Asegurado, tales como comprobantes, notas, recetas, facturas las que deberán contener los requisitos fiscales. La Latinoamericana se reserva el derecho en todo tiempo y siempre que lo juzgue conveniente, de corroborar los hechos o situaciones que dieron origen a la reclamación y que ésta derive en una obligación para la misma, pudiendo valerse de cualquier medio legal para hacerlo. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus dependientes para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Latinoamericana de cualquier obligación.

3. **Pagos.** La Latinoamericana pagará al Asegurado o a quien corresponda, la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciba toda la documentación y pruebas, que fundamenten la reclamación. La Latinoamericana sólo pagará honorarios de médicos y enfermeras titulados autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión y los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

En caso de siniestro, la Latinoamericana podrá deducir de la indemnización pagadera al Contratante, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Si la póliza se encuentra dentro del Plazo de Gracia considerado en la cláusula 12 del apartado I CLÁUSULAS, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso.

Cualquier pago realizado indebidamente por accidente y/o enfermedad por parte de la Latinoamericana a causa de omisión, error o negligencia en el aviso por parte del Contratante, así como de la documentación proporcionada a la Latinoamericana para avalar dicha reclamación, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Latinoamericana.

No se hará por parte de la Latinoamericana ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Latinoamericana serán liquidadas a cada Asegurado, o a quien éste haya designado como beneficiario, en las oficinas de la Latinoamericana en la República Mexicana.

4. Impuesto.- El pago del Impuesto al Valor Agregado correspondiente a los gastos médicos reembolsados, será cubierto por la Latinoamericana. Cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del Asegurado.
5. Deducciones.- Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización a que estuviere obligada la Latinoamericana.
6. Pagos Improcedentes.- Cualquier indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Titular y/o Contratante a reintegrar el pago a la Latinoamericana, cualquier indemnización realizada indebidamente por la Latinoamericana no la obliga a continuar indemnizando complementos posteriores.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS ADICIONALES GASTOS MÉDICOS MAYORES

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA).

En caso de que por algún accidente y/o enfermedad se llegase a agotar la Suma Asegurada contratada para cada Asegurado, la vigencia de esta Póliza no terminará automáticamente, sino que dicha Suma Asegurada se reinstalará de manera automática, hasta por el total de la Suma Asegurada que se contrató inicialmente, para cubrir un nuevo accidente y/o enfermedad, distintos y ajenos en sus causas y efectos a las complicaciones a los que dieron origen al agotamiento de la Suma Asegurada.

Para efectos de este beneficio y de la Póliza, se considerará como una sola enfermedad cubierta a las enfermedades y complicaciones que se deriven como consecuencia de iatrogenia, o de complicaciones naturales a los padecimientos realizados y a las enfermedades tratadas y generadas en tratamientos continuos ya sea hospitalarios o ambulatorios.

El total de las cantidades reembolsadas por la Latinoamericana al Asegurado por un accidente cubierto y/o enfermedad cubierta de él o cualquier miembro de su familia asegurada, nunca excederá la cantidad establecida como suma asegurada en la carátula de la Póliza.

El costo de este beneficio es adicional al de la cobertura básica.

FUNCIONAMIENTO DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA).

Se hace constar por medio de este endoso, que se cubren todos aquellos Asegurados que se encuentren viajando por motivos ajenos a los relacionados con su salud con máximo de 60 días naturales, y que requieran tratamiento médico de urgencia en hospital o sanatorio, entendiéndose como tal, toda alteración órgano funcional súbita e inesperada y que ponga en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que se requiera en ese momento de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de urgencia termina cuando el Asegurado se encuentra estabilizado y puede continuar su tratamiento en su lugar de origen.

No se considerará emergencia en el extranjero, si el padecimiento que dio origen a dicha urgencia, ya estaba diagnosticado y/o tratado médicamente en su lugar de origen.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Quedan expresamente excluidos todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en sanatorio u hospital.

Tratamiento de rehabilitación.

Maternidad y complicaciones del mismo, del parto o del puerperio.

Los gastos por cuarto y alimentos quedan limitados al correspondiente a cuarto semiprivado como máximo.

La Cobertura de este Endoso se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de la Póliza.

El reembolso de los gastos efectuados con relación a este endoso, se efectuará en moneda nacional, con base al tipo de cambio del día en que se eroguen los gastos cubiertos, señalado por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, que se publica en el Diario Oficial de la Federación.

Para enfermedad y/o accidente, se aplicará el deducible y el coaseguro correspondientes, de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Endosos que formen parte integrante de la misma.

Excepción hecha de este beneficio subsistirán inalterados los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones estipuladas en la Póliza y en los endosos que formen parte de las mismas considerando este beneficio como parte integrante e inseparable de la misma.

No quedan cubiertos los accidentes sufridos en el extranjero a causa de deportes peligrosos por los cuales se haya otorgado un endoso de cobertura el cual sólo aplica en territorio nacional.

Suma asegurada.- 50,000.00 Dólares de los E.U.A.

Deducible.- 50 Dólares de los E.U.A.

Coaseguro.- El contratado en territorio nacional.

Suma Asegurada de honorarios quirúrgicos:

- a) Con catálogo.- Igual a la contratada en territorio nacional.**
- b) Hasta Gasto Incurrido.- Con máximo de la suma básica del beneficio contratado.**

**AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO.
(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)**

Se hace constar que mediante la contratación de esta cláusula adicional se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios que se eroguen en el extranjero por accidente y/o enfermedad, ocurridos durante la vigencia de la Póliza. Los gastos erogados fuera de la República Mexicana, se reembolsarán en moneda nacional previa presentación de notas y facturas a La Latinoamericana, Seguros, S.A., una vez descontado el deducible y coaseguro correspondiente, según la carátula y/o endosos anexos a la Póliza.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- a) Las que figuran en las Condiciones Generales de la Póliza.**

- b) Quedan expresamente excluidos todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en hospital o sanatorio.
- c) Maternidad y las complicaciones del parto o puerperio, salvo las mencionadas en las Condiciones Generales de la Póliza.
- d) Los gastos de cuarto y alimentos quedan limitados al correspondiente a cuarto semiprivado como máximo.
- e) La cobertura de esta cláusula se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de esta Póliza.
- f) El reembolso de los gastos efectuados en relación a este Endoso, se efectuará en moneda nacional, con base al tipo de cambio, del día en que se eroguen los gastos cubiertos señalado por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, pagaderas en la República Mexicana, que se publica en el Diario Oficial de la Federación.

Excepción hecha de este beneficio subsistirán inalterados los términos y condiciones en que originalmente se expidió la Póliza, considerando este beneficio como parte integrante e inseparable de la misma.

Suma Asegurada. Igual a la contratada en el país.

Deducible.- El deducible básico contratado para Territorio Nacional incrementado en un 50%.

Coaseguro.- 8 puntos porcentuales adicionales al contratado en Territorio Nacional.

Suma Asegurada para honorarios quirúrgicos:

a) Con catálogo.- Tres veces la contratada en el país, con máximo de la Suma Asegurada básica contratada.

b) Hasta el gasto incurrido.- Con máximo de la Suma Asegurada básica contratada.

El costo de este beneficio es adicional al de la cobertura básica.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA).

Se hace constar que se reconoce la antigüedad generada por el Asegurado y sus dependientes de que se trate, en Instituciones de Seguros Mexicanas con las que tuviere contratada(s) anteriormente póliza(s) de Gastos Médicos Mayores con cobertura de nivel similar o superior a las solicitadas a ésta compañía, siempre que su vigencia en la misma haya sido continua e ininterrumpida con la iniciación de la presente, con el fin de disminuir o eliminar los periodos de espera que se contemplan en estas Condiciones Generales.

No obstante, quedan excluidos los padecimientos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la contratación de esta póliza ya que el reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir padecimientos preexistentes.

Es necesario proporcionar los comprobantes correspondientes como son: la(s) póliza(s) o certificados y recibos pagados con las Aseguradoras anteriores.

Este beneficio no implica costo adicional siempre y cuando se cumpla con las condiciones aquí señaladas.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA).

Cuando los dependientes del Asegurado no hayan nacido dentro de la vigencia de esta Póliza y tenga contratado este beneficio de enfermedades congénitas, éstas serán pagaderas, siempre y cuando:

- a) El Asegurado tenga más de 10 años de edad al momento de la primera manifestación de la enfermedad y ésta ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.
- b) Que el afectado haya acumulado 2 años de cobertura continua en La Latinoamericana, Seguros, S.A. en una póliza de gastos médicos. No opera el reconocimiento de antigüedad generado en otras compañías.

Este beneficio no implica costo adicional siempre y cuando se cumpla con las condiciones aquí señaladas.

BENEFICIO DE MATERNIDAD.

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA).

Se considera cubierto, todo parto o aborto no provocado o éste último haya sido realizado previa autorización judicial por riesgo de fallecimiento, de la Asegurada titular o de la esposa o concubina del Asegurado titular, que esté amparada por esta Póliza, con edad igual o menor a 45 años, siempre que ocurra estando vigente la cobertura de la Póliza en su favor.

Este beneficio no opera en los primeros 10 meses que sigan a la fecha de contratación del mismo.

Beneficio del Reembolso por Parto.- La Latinoamericana reembolsará al Asegurado Titular o cónyuge los gastos médicos cubiertos debido a maternidad en que incurra, siempre que éstos hayan sido erogados por la atención del parto cubierto (no aplica en cesáreas), con máximo de 20 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el D.F.

No aplica deducible ni coaseguro. Cabe señalar que el pago de los honorarios se tabula con base a la tabla de honorarios quirúrgicos contratada en la póliza.

Beneficio del reembolso por abortos amparados en el Beneficio de Maternidad.- La Latinoamericana reembolsará al Asegurado, Titular o cónyuge hasta el 50% de los gastos médicos derivados por este concepto, con máximo de la suma asegurada contratada para el mismo. No aplica deducible ni coaseguro.

No opera reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

GASTOS NO CUBIERTOS.

No quedan cubiertos los gastos ocasionados por vigilancia del embarazo, aún cuando en éste se presenten complicaciones, ni la atención del recién nacido.

Este beneficio no implica costo adicional siempre y cuando se cumpla con las condiciones aquí señaladas.

El beneficio de maternidad es únicamente para la titular o conyugue o concubina y no para hijas dependientes.

ENDOSOS DESCRIPTIVOS EN GASTOS MEDICOS MAYORES

**ENDOSO DE DAÑOS SIQUIÁTRICOS
(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)**

Mediante este endoso LA LATINOAMERICANA, conviene otorgar al Asegurado la cobertura de Daño Siquiátrico, la cual opera de acuerdo con las condiciones que a continuación se indican.

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el Asegurado que a juicio de su médico de primer contacto y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra, requiera tratamiento psiquiátrico a consecuencia de:

- a) Haber sufrido algún accidente que ponga en peligro la vida o la viabilidad de ésta.
- b) Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:
 - Cáncer,
 - Accidente vascular cerebral,
 - Infarto al miocardio,
 - Insuficiencia renal o
 - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
- c) Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - Asalto,
 - Secuestro o
 - Violación

Los beneficios amparados por este endoso son:

- Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año contado a partir de la fecha de la primera.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplicará el deducible y el coaseguro contratado.

Quedan excluidos de los beneficios de este endoso:

- **La ansiedad y/o depresión.**
- **Los padecimientos preexistentes.**
- **Los honorarios del médico siquiatra y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en Siquiatría de Enlace o carezca de acreditación del Consejo Mexicano de Siquiatría.**

ENDOSO PARA CUBRIR LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A., conviene que se cubre la práctica de Deportes Peligrosos enunciados en los puntos 22, 23 y 24 del apartado VI EXCLUSIONES de las Condiciones Generales excepto los citados en el presente Endoso, de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Se reembolsarán los gastos procedentes y erogados del Asegurado que exclusivamente mencione el endoso, a consecuencia de lesiones que sufran por la práctica amateur de los deportes mencionados en los puntos 22, 23 y 24 del apartado VI Exclusiones de las Condiciones Generales.

2. Este Endoso operará bajo las siguientes condiciones:

Suma Asegurada máxima Igual Póliza Básica
Catálogo Igual Póliza Básica
Deducible Igual Póliza Básica
Coaseguro Igual Póliza Básica

El deducible y coaseguro aplicarán en todos los casos.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación en lo que respecta a este Endoso.

Este beneficio sólo aplica para lesiones y/o accidentes ocurridos en territorio nacional.

Exclusiones específicas del presente endoso:

-No quedarán cubiertas lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en CARRERAS, PRUEBAS o CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA o VELOCIDAD o su equivalente, todo tipo de Rally.

-Caída libre con liga (Bongee)

-Espeleología

-Megapéndulo

-Orbitrón

-Motonáutica

-Tauromaquia

En territorio nacional y/o extranjero.

La práctica de cualquier deporte deberá ser notificada a la Latinoamericana para la correcta apreciación del riesgo y según condiciones.

**ENDOSO DE COBERTURA POR SIDA
(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)**

LA LATINOAMERICANA, SEGUROS S.A., conviene mediante este endoso a la Póliza, otorgar la cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que consiste en:

Tratamientos MEDICOS Y/O QUIRURGICOS que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre que el virus del SIDA, se haya detectado después de transcurrido el periodo de espera de 4 años, contados a partir de la inclusión de este beneficio en la Póliza.

La suma asegurada de la cobertura para este padecimiento se determinará considerando la protección que el Asegurado haya mantenido en vigor en cada renovación los 4 años anteriores al momento de declararse afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o aplicando los siguientes límites:

LÍMITES DE LA COBERTURA:

La Suma Asegurada contratada ó \$100,000.00 USD por persona (lo que resulte menor)

Deducible: \$500.00 USD por persona

Coaseguro: 10% nacional, 20% extranjero

Para efectos de esta cobertura no aplican los beneficios de Reinstalación Automática de la Suma Asegurada y Reconocimiento de Antigüedad.

Para hacer uso de este derecho de protección, el Asegurado deberá presentar a la emisión de la Póliza sin excepción y en cada renovación, cuando la Latinoamericana lo solicite, una prueba de detección con antigüedad menor a 30 días.

Durante el periodo de espera especificado, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento (método de WESTERN BLOT, o ELISA ASSAY), podrán cubrirse en una sola ocasión, con un máximo de 2 veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F., siempre que:

- a) El Asegurado notifique con anticipación de 30 días la fecha en que se elaborarán los estudios de diagnóstico.
- b) La atención se efectúe con médicos y laboratorios con convenio de costos con LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A.
- c) Envíe los resultados e interpretaciones realizadas y otorgue su autorización para que LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A., amplíe la información que considere necesaria.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

- a) Cualquier persona con VIH positivo, realizado indistintamente por el método de Western Blot, o ELISA ASSAY, y que también tenga el recuento total de células CD4,

(medido por CITOMETRO DE FLUJO), inferior a 200/mm³, o un porcentaje total de linfocitos CD4 inferior al 14%.

b) Cualquier persona con VIH positivo, realizado indistintamente por el método de Western Blot o ELISA ASSAY, y que tenga el recuento total de células CD4, (medido por CITOMETRO DE FLUJO), y también algunas de las siguientes enfermedades específicas:

- Candidiasis de tráquea, bronquitis o pulmones.
- Candidiasis esofágica.
- Criptosporidiosis crónica intestinal (con más de un mes de duración).
- Citomegalovirus (otros además de hepática, esplénica o adenoidea).
- Retinitis citomegálica (con disminución de la agudeza visual).
- Encefalopatía relacionada con VIH.
- Herpes simple, o úlcera(s) crónica(s), más de un mes de duración o bronquitis.
- Cáncer cervical invasivo.
- Coccidiomidomycosis extrapulmonar o diseminada.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporiasis intestinal crónica (de más de un mes de duración).
- Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma inmunoblástico.
- Linfoma primario del cerebro.
- Complejo Mycobacterium Avium o Mycobacterium Kansasil, diseminado o extrapulmonar.
- Neumonía limfoide y/o hiperplasia pulmonar limfoidea.
- Penumocistitis Carinii.
- Neumonía bacteriana recidivante o recurrente.
- Salmonela no tifoidea, bacteria recurrente.
- Sarcoma de Kaposi.
- Síndrome de emaciación relacionado al VIH.
- Toxoplasmosis cerebral.

Exclusiones

Se excluyen de esta cobertura todos los gastos relacionados en el tratamiento del complejo relacionado al SIDA, entendiéndose a éste como el conjunto de signos y síntomas de enfermedad clínica usualmente presentes después de que el conteo de células CD4+T, esté por debajo de 500 ml, localizado en infecciones menores, no suficientemente indicativas del efecto de inmunidad en las células como para ser considerada SIDA.

DESCRIPCION DEL FUNCIONAMIENTO
SUMA ASEGURADA PARA HONORARIOS QUIRÚRGICOS
(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Si la póliza fue contratada con Honorarios Quirúrgicos limitados a una Suma Asegurada sujeta a catálogo la forma en que se manejará ésta, en caso de alguna reclamación ya sea por enfermedad y/o accidente cubierto será la siguiente:

Se obtendrá el porcentaje que de acuerdo al catálogo le corresponda al tipo de cirugía de que se trate.

Dicho porcentaje se aplicará a la Suma Asegurada sujeta a catálogo de Horarios Quirúrgicos y al resultado que se obtenga, será la cantidad disponible para cubrir los Honorarios Quirúrgicos (cirujano, ayudantes médicos y/o instrumentistas)

CIRUGÍA PROGRAMADA (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Cuando la atención médico hospitalaria del Asegurado por algún padecimiento cubierto se realice con hospitales con convenio y/o médicos que se ajusten al tabulador interno de la Latinoamericana, el Asegurado podrá solicitar el beneficio de cirugía programada.

Para hacer uso de este beneficio, con 5 días de anticipación deberá proporcionarse a la Latinoamericana la documentación original siguiente:

- a) Informe médico y del reclamante con los estudios que avalen el diagnóstico, así como motivo descripción de la(s) cirugía(s) a realizar.
- b) Recabar formato de preautorización con el presupuesto de honorarios médicos indicando: nombre, actuación (cirujano, ayudante, anestesista; entre otros).

La Latinoamericana, analizará el presupuesto de honorarios presentado y si éste no excede el costo que normalmente se aplique para el tratamiento o intervención de que se trate, la Latinoamericana elaborará una carta convenio donde se garantiza el pago directo al hospital y médicos señalados en el inciso b), de acuerdo al presupuesto; misma que el asegurado entregará al hospital y procederá a su atención.

COBERTURA MÁXIMA POR RENOVACIÓN (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

De acuerdo a lo establecido en el capítulo "V.- LIMITACIONES", cláusula 2, de las Condiciones Generales de la Póliza.

PARTICIPACIÓN MÍNIMA POR HOSPITALIZACIÓN (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

El deducible y coaseguro señalados en la carátula de la póliza se modifican para su aplicación, por la contratación de este beneficio a quedar en:

Deducible = 0
Coaseguro = 0

A consecuencia de padecimientos que por su naturaleza y diagnóstico ameriten hospitalización y que los gastos excedan al monto de deducible originalmente estipulado en la Póliza. Si los gastos médicos no exceden al monto del deducible originalmente contratado, no aplica el presente beneficio.

Los beneficios de esta cobertura sólo se otorgarán si la atención se realiza en hospitales con convenio con la Latinoamericana y con médicos que estén dentro o que se ajusten a los costos normalmente establecidos para la atención del accidente y/o enfermedad cubierta y de acuerdo con "Endoso Hospitalario".

Siempre que el monto del deducible sea igual o menor a \$4,000 y el coaseguro sea igual o menor al 10%

De utilizarse un nivel hospitalario superior al contratado, no aplicará este beneficio.

Este beneficio no es retroactivo, por lo que no opera para padecimientos o accidentes preexistentes a la fecha de contratación de éste, independientemente de que se haya hecho o no, reclamación alguna

ENDOSO HOSPITALARIO.

Mediante este endoso, que forma parte de la póliza, se establecen los hospitales a los que el asegurado tiene derecho para su atención médica, no obstante lo establecido en caso de estar contratado, en el beneficio de "Participación Mínima por Hospitalización"

De acuerdo a lo anterior, los asegurados podrán acudir al hospital de su preferencia, a excepción de los siguientes:

SITIO	HOSPITAL
MEXICO, D.F.	ANGELES DE LAS LOMAS ANGELES DEL PEDREGAL AMERICAN BRITISH COWDRAY (ABC) BENEFICIENCIA ESPAÑOLA
LEON	ANGELES
GUADALAJARA	H. DEL CARMEN H. SAN JAVIER
MONTERREY	JOSE A. MUGUERZA SAN JOSE SANTA ENGRACIA

Se aplicarán las siguientes condiciones:

En caso de siniestro por enfermedad y/o accidente, se aplican 10 puntos de coaseguro adicionales al porcentaje contratado en la póliza. De contar con coaseguro combinado estos 10 puntos aplican sobre ambos porcentajes.

COBERTURA VITALICIA
(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA)

LA LATINOAMERICANA, SEGUROS S.A., conviene en que la renovación de la cobertura de Gastos Médicos Mayores del Asegurado, podrá efectuarse en forma VITALICIA, sin requisitos

médicos, pero sujeto a un término suspensivo consistente en que al cumplir los 70 años de edad, haya generado una antigüedad ininterrumpida de cuando menos 5 años en LA LATINOAMERICANA, SEGUROS S.A.

Establecidos en esta cláusula para el otorgamiento de este beneficio no opera el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

Para que surta efecto este beneficio el Asegurado deberá haber alcanzado los 70 años de edad y las coberturas, beneficios adicionales y montos de suma asegurada que estén vigentes, al momento de darse los requisitos permanecerán constantes y el contrato se regirá por las Condiciones Generales que se encuentren en vigor al momento de cumplirse dichas Condiciones.

PREEXISTENCIA DECLARADA.
(DEBE ESPECIFICARSE EN LA CARATULA DE LA POLIZA)

Con esta cláusula, La Latinoamericana únicamente cubrirá los gastos derivados de padecimientos y/o enfermedades preexistentes a la contratación de la póliza, en los siguientes casos:

a) Aquellos padecimientos y/o enfermedades preexistentes por los que no se hayan erogado gastos, recibido algún tratamiento, presentado signos o síntomas o haya sido elaborado un diagnóstico durante un periodo de entre seis meses y dos años continuos de permanencia en una póliza de La Latinoamericana, contados a partir del otorgamiento de este beneficio. Estarán cubiertos bajo las condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro de la Cobertura básica, siempre y cuando exista el endoso de inclusión correspondiente.

b) Aquéllos padecimientos y/o enfermedades preexistentes por los que no se hayan erogado gastos, recibido algún tratamiento, presentado signos o síntomas o haya sido elaborado un diagnóstico, durante un periodo de cinco años continuos de permanencia en la póliza de La Latinoamericana, contados a partir del otorgamiento de este beneficio y de conformidad a las políticas de selección La Latinoamericana, estarán cubiertos con el deducible y coaseguro contratados siempre y cuando se haya otorgado el endoso respectivo de inclusión y hasta la Suma asegurada indicada en la tabla que a continuación se señala, sin exceder de la suma básica contratada:

Antigüedad	Suma Asegurada*
5-9 años	\$250,000 pesos
10 años en adelante	\$500,000 pesos

* En caso de recibir la atención médica en territorio extranjero La Latinoamericana pagará aplicando el equivalente a la Suma asegurada en pesos, convertida al tipo de cambio, estipulado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación por la moneda del lugar en donde se recibió la atención médica y considerando como fecha aquella en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos, en este caso se aplicarán las políticas de atención en el extranjero, contenidos en este contrato.

c) Aquellos gastos derivados de padecimientos preexistentes no incluidos en los incisos b) y c) quedarán excluidos y por ningún motivo se cubrirán.

d) En caso de duda sobre si un padecimiento tiene el carácter de preexistente, las partes están de acuerdo en dirimir dicha controversia mediante un procedimiento arbitral en estricto derecho designándose desde este momento como arbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

Exclusiones

a) Cualquier padecimiento y/o enfermedad que haya generado gastos, recibido tratamiento, presentado signos o síntomas o haya sido elaborado un diagnóstico durante los periodos especificados en los puntos arriba mencionados.

ENDOSO A

ENDOSO DE INCLUSION DE “PREEXISTENCIA DECLARADA” (DEBE ESPECIFICARSE EN LA CARATULA DE LA POLIZA)

Póliza No. _____ Otorgado a partir ____/____/____

No. Aseg. _____ Nombre del Asegurado _____

Mediante este endoso La Latinoamericana, Seguros S.A. Conviene en otorgar al asegurado arriba citado como integrante de la póliza antes señalada, el beneficio de “Preexistencia Declarada”, mismo que opera de acuerdo a las condiciones que a continuación se indican:

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura el asegurado citado, para los tratamientos médicos y/o quirúrgicos originados a consecuencia del padecimiento de

Es condición para que este aplique cumplir con las siguientes estipulaciones:

- ✓ Que haya generado una antigüedad ininterrumpida mínima de 2 años, en una póliza de gastos médicos en la latinoamericana, seguros, s. A., contados estos a partir de la fecha en que le fue otorgado el beneficio de preexistencia.
- ✓ Que no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento, presentado signos o síntomas, no exista o haya sido elaborado un diagnostico durante el periodo citado de 2 años.
- ✓ Que el padecimiento haya sido declarado a la contratación del seguro.

El padecimiento estará cubierto bajo las condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro de la cobertura básica, siempre que se encuentre vigente el endoso de inclusión, en los términos establecidos, según condiciones generales de la póliza.

En este endoso no aplica Reinstalación Automática de la suma asegurada, reconocimiento de antigüedad, no cubre padecimientos previamente excluidos, diferentes al citado en este endoso.

Esta cobertura solo aplicará en la República Mexicana y operarán el deducible y coaseguro en los términos establecidos según condiciones generales de la póliza.

México, D. F. a ____ de _____ del 200

Funcionario autorizado.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0095-2008 de fecha 12 de febrero de 2008, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 01 de agosto de 2014; con el número BADI-S0013-0069-2019, de fecha 26 de febrero de 2020. y con el número CGEN-S0013-0023-2016, de fecha 23 de marzo de 2016.

ENDOSO B
ENDOSO DE INCLUSION DE “PREEXISTENCIA DECLARADA”
(DEBE ESPECIFICARSE EN LA CARATULA DE LA POLIZA)

Póliza no. _____ Otorgado a partir ____/____/____

No. Aseg. _____ Nombre del Asegurado _____

Mediante este endoso La Latinoamericana, Seguros, S. A. Conviene en otorgar al asegurado, arriba citado como integrante de la póliza antes señalada, el beneficio de preexistencia, misma que opera de acuerdo a las condiciones que a continuación se indican:

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura el asegurado citado, para los tratamientos médicos y/o quirúrgicos originados a consecuencia del padecimiento de:

Es condición para que éste aplique, cumplir con las siguientes estipulaciones:

- ✓ Que haya generado una antigüedad ininterrumpida mínima de _____ años, en una póliza de gastos médicos con la Latinoamericana, Seguros, S. A., contados estos a partir de la fecha en que le fue otorgado el “Endoso de Preexistencia”.
- ✓ Que no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento, presentado signos o síntomas, no exista o haya sido elaborado un diagnóstico durante el periodo citado de _____.
- ✓ El padecimiento de referencia deberá haber sido declarado a la contratación del seguro.

El padecimiento será cubierto bajo las siguientes condiciones:

Antigüedad del Beneficio	Suma Asegurada Máxima
de 5 y hasta 9 años	\$250,000.00
de 10 años en adelante	\$500,000.00

Los montos citados aplican siempre que la suma básica contratada los exceda, de otra forma el máximo que aplicará es el equivalente a la suma básica.

Para este beneficio no aplica reinstalación automática de la suma asegurada, reconocimiento de antigüedad, y no cubre bajo ningún concepto, padecimientos previamente excluidos, diferentes al citado en el presente.

Esta cobertura solo aplicará en la República Mexicana y operara el deducible y coaseguro según condiciones generales de la póliza.

México, D. F. a ____ de _____ del 200

Funcionario Autorizado.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0095-2008 de fecha 12 de febrero de 2008, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 01 de agosto de 2014; con el número BADI-S0013-0069-2019, de fecha 26 de febrero de 2020 y con el número CGEN-S0013-0023-2016, de fecha 23 de marzo de 2016.

Endoso de antigüedad

**GASTOS MEDICOS MAYORES LINEA TRADICIONAL
ENDOSO DE ANTIGÜEDAD**

Póliza: Referencia de Asegurado:

Titular:

Fecha de alta titular:

Mediante este endoso se reconoce la antigüedad generada por el Asegurado y sus dependientes de que se trate, en Instituciones de Seguros Mexicanas con las que tuviere contratada(s) anteriormente póliza(s) de Gastos Médicos Mayores con cobertura de nivel similar o superior, siempre que su vigencia en la misma haya sido continua e ininterrumpida con la iniciación de la presente, con el fin de disminuir o eliminar los periodos de espera que se contemplan en estas Condiciones Generales.

Se reconoce antigüedad a:

Certificado	Nombre	A partir de
-------------	--------	-------------

No obstante, quedan excluidos los padecimientos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la contratación de esta póliza ya que el reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir padecimientos preexistentes.

Es necesario proporcionar los comprobantes correspondientes como son: la(s) póliza(s) o certificados y recibos pagados con las Aseguradoras anteriores.

Este beneficio no implica costo adicional siempre y cuando se cumpla con las condiciones aquí señaladas.

México, D. F. a de del

Funcionario Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0095-2008 de fecha 12 de febrero de 2008, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 01 de agosto de 2014; con el número BADI-S0013-0069-2019, de fecha 26 de febrero de 2020 y con el número CGEN-S0013-0023-2016, de fecha 23 de marzo de 2016.

ENDOSO PARA CUBRIR LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza

No _____

Gastos Médicos Mayores	Para cubrir el riesgo de		
a nombre de :			
Cuya vigencia es del		al	

La Latinoamericana, Seguros, S.A., conviene que se cubre la práctica de Deportes Peligrosos enunciados en los puntos 22, 23 y 24 del apartado VI EXCLUSIONES de las Condiciones Generales excepto los citados en las exclusiones del presente Endoso, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- 1) Se reembolsarán los gastos procedentes y erogados del Asegurado que exclusivamente mencione el endoso a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur de: _____
- 2) Este Endoso operará bajo las siguientes condiciones:

Suma Asegurada Máxima	Igual Póliza
Básica	
Catálogo	Igual Póliza
Básica	
Deducible	Igual Póliza
Básica	
Coaseguro	Igual Póliza
Básica	

El Deducible y Coaseguro aplicarán en todos los casos.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación en lo que respecta a este Endoso.

Este beneficio sólo aplica para lesiones y/o accidentes ocurridos en territorio nacional.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL PRESENTE ENDOSO:

- No quedarán cubiertas lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en **CARRERAS, PRUEBAS o CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA o VELOCIDAD** o su equivalente, todo tipo de Rally.
 - Caída libre con liga (Bongee)
 - Espeleología
 - Megapéndulo
 - Orbitrón
 - Motonáutica
 - Tauromaquia
- En territorio nacional y/o extranjero**

México, D .F.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0095-2008 de fecha 12 de febrero de 2008, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 01 de agosto de 2014; con el número BADI-S0013-0069-2019, de fecha 26 de febrero de 2020 y con el número CGEN-S0013-0023-2016, de fecha 23 de marzo de 2016.