CONDICIONES GENERALES

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 hayan ocurrido en la atención de su persona o de sus Dependientes previamente dados de alta en esta póliza. Además, ofrece el pago directo a los prestadores de servicios en convenio siempre y cuando se siga el procedimiento establecido.

2. DEFINICIONES

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

2.1 ACCIDENTE

Se entenderá como accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita o violenta, ajena a la voluntad de la persona y que produzca lesiones corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

2.2 ACCIDENTE AMPARADO

Será todo accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y requiera atención médica dentro de los 30 días siguientes a la fecha del accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo caso. En caso de que la atención médica no se presente dentro de los 30 días siguientes al accidente se considerará como enfermedad.

No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado o cualquiera de sus dependientes.

2.3 ASEGURADO

Persona física que reside en Territorio Nacional y que es responsable originalmente de pagar los gastos médicos ocasionados por la atención médica de su propia persona y en su caso, la de sus Dependientes económicos.

2.4 COASEGURO

Cantidad a cargo del Asegurado resultado de aplicar el porcentaje que se señala en la carátula de la póliza sobre los gastos médicos amparados que excedan al deducible contratado.

2.5 CONTRATANTE

Es aquella persona física 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.

2.6 DEDUCIBLE

Cantidad a cargo del Asegurado que se señala en la carátula de la póliza que se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una enfermedad amparada y se aplica una vez por cada accidente o enfermedad amparada.

2.7 DEPENDIENTES

Cónyuges e hijos así como cualquier otra persona, que dependan económicamente del Asegurado y que sean residentes en Territorio Nacional, siempre que hayan sido aceptados por ALLIANZ como asegurados y conste por escrito en la presente póliza.

2.8 ENFERMEDAD AMPARADA

Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes, y cuyo inicio así como el primer gasto médico ocurra mientras se encuentre vigente el presente contrato y que no esté expresamente excluida en la póliza.

Se considera como una misma enfermedad todas aquéllas que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de ésta, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

2.9 ENFERMERA

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

2.10 GASTOS AMPARADOS

Son los gastos estrictamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de accidentes o enfermedades amparadas, originados por:

a) Servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias
b) Honorarios profesionales de médicos, de anestesiólogos, de terapeutas y de enfermeras
c) La adquisición de medicamentos, material quirúrgico y cualquier otro equipo

Incluyendo el impuesto al valor agregado (I.V.A.) que éstos generen.

2.11 GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO

Es el monto máximo que indemnizará ALLIANZ para cada uno de los gastos incurridos en el diagnóstico y tratamiento de un accidente o enfermedad amparada, el cual se determina con base en estudios periódicos de los precios regionales.

Para el **Plan Clásico**, los Honorarios Médicos y/o quirúrgicos se encuentran determinados en la Tabla de Honorarios Médicos o Quirúrgicos anexa a la póliza, la cual forma parte de este contrato.

2.12 HOSPITAL O SANATORIO

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

2.13 MÉDICO TRATANTE

Médico cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien tiene a su cargo la atención del Asegurado o de alguno de sus Dependientes.

2.14 MÉDICO AYUDANTE

Médico cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al médico tratante en la atención quirúrgica del Asegurado o de alguno de sus Dependientes.

2.15 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Son aquellos padecimientos que antes de la fecha de alta del Asegurado o dependiente afectado presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan manifestado a través de síntomas y/o signos
- Se haya realizado un diagnóstico médico
- Por su naturaleza, los síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto

Asimismo, aquellos padecimientos que muestren un grado de evolución tal que médicamente se pueda demostrar que se iniciaron antes de la fecha de alta del Asegurado.

2.16 PÓLIZA

Documento integrado por la solicitud, carátula, las presentes Condiciones Generales, endosos y cláusulas adicionales agregadas o que en su momento se agreguen.

2.17 URGENCIA MÉDICA

Se considera Urgencia Médica cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida, la viabilidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Asegurado o sus dependientes y para lo cual se requiera atención médica inmediata dentro de las primeras 24 hrs. de ocurrido dicho padecimiento o accidente y se ingrese por el área de urgencias de un hospital.

3. CONTRATO

3.1 BASES DEL CONTRATO

Esta póliza es prueba fehaciente del contrato de seguro celebrado entre el Contratante, el Asegurado y ALLIANZ.

El Contratante está obligado a manifestar por escrito a ALLIANZ cualquier cambio en la ocupación y residencia del Asegurado o de cualquiera de sus dependientes. Por lo cual, ALLIANZ se reserva el derecho de adecuar las características y precio del producto a las nuevas condiciones del Asegurado o de sus Dependientes.

3.2 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Es obligación del Asegurado declarar por escrito a ALLIANZ en la solicitud que forma parte de la póliza, 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 de seguro.

3.3 CANCELACIÓN

El presente contrato o cualquiera de sus renovaciones, podrá ser cancelado en el momento en que ALLIANZ tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del solicitante para la apreciación correcta del riesgo que se asume respecto del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes.

3.4 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta 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.”

3.5 MODIFICACIONES AL CONTRATO

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido de común acuerdo y por escrito entre el Contratante y ALLIANZ, a través de cláusulas adicionales previamente registradas 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.

3.6 COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

3.7 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.

3.8 RESIDENCIA

En caso de que el Asegurado o cualquiera de sus dependientes deban permanecer por más de tres meses en el extranjero, deberán dar aviso previamente a ALLIANZ para que ésta evalué el riesgo y en su caso determine la extraprima que proceda. De no darse el presente aviso, ALLIANZ no cubrirá ningún accidente o enfermedad que sufra el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes en el extranjero.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

4.1 INICIO DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato inicia en la fecha que se indica en la carátula de la póliza: entrará en vigor desde las 12:00 p.m. de la fecha de inicio.

4.2 TERMINACIÓN DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato termina en la fecha que se indica en la carátula de la póliza: 12:00 p.m. 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 sin importar los padecimientos reclamados por el Asegurado o sus Dependientes en vigencia de la póliza. Para este efecto la presente cláusula se entenderá vigente en cada póliza de renovación, aún cuando no figure en ella o se hubiere modificado.

Las renovaciones se sujetarán a las condiciones y primas que ALLIANZ tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de vigencia de cada renovación.

Para efectos de celebrar la renovación de este contrato, el Contratante deberá manifestarlo expresamente y por escrito, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 17 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 antigüedad, sin ningún requisito de salud u ocupación.

4.5 EDAD

La edad máxima de aceptación en este contrato es de 64 años para el Asegurado y para sus dependientes.

En la renovación no habrá límite de edad de aceptación para el Asegurado y para sus Dependientes, por lo que la cobertura se considerará vitalicia para estos, conforme a lo estipulado en la cláusula de renovación garantizada.

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

5. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para cada accidente amparado o enfermedad amparada, es la cantidad que se especifica en la carátula de la póliza como “Suma Asegurada” de la “Cobertura Básica” y quedará fija en la fecha del primer gasto erogado.

.

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1 PRIMAS

En la carátula de la póliza se presenta la prima, el derecho de póliza y el IVA, cantidades que deben ser pagadas por el Contratante para mantener en vigor este contrato.

6.2 FORMA DE PAGO

La prima de este contrato esta calculada por todo el año de vigencia del contrato, sin embargo, ALLIANZ brinda 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.

6.5 PERIODO DE GRACIA

(Transcripción del Art. 40 de la Ley Sobre el contrato de Seguro)

“Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del termino convenido, el cual no podrá ser inferior de tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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 el mayor previsto en este articulo”.

El término convenido para el Periodo de Gracia se especifica en la carátula de la póliza.

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

Cada vez que el Contratante adquiera otros seguros de vida, accidentes y gastos médicos con otras compañías aseguradoras, tiene la obligación de informarlo por escrito a ALLIANZ, indicando el nombre de la aseguradora, el tipo y número de póliza contratada y las características.

6.7 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

a) Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia de la póliza y que la antigüedad ininterrumpida de la madre en ALLIANZ al momento de dar a luz sea mayor a 10 meses, quedarán asegurados desde su nacimiento sin requisitos de salud, siempre y cuando se notifique por escrito a ALLIANZ dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento acompañando a la solicitud, la documentación necesaria para demostrar la

fecha de nacimiento. En el caso en que el nacimiento ocurra durante el último mes de vigencia, la notificación la deberá realizar el Asegurado al momento de la renovación.

ALLIANZ cobrará las primas por estas inclusiones de acuerdo a lo siguiente:

1. En los casos en los que el nacimiento se presente dentro de los primeros 10 meses de vigencia de la póliza, ALLIANZ cobrará la prima correspondiente.
2. En los casos en los que el nacimiento se presente en los últimos 2 meses de vigencia de la póliza, ALLIANZ no cobrará prima por esta inclusiones durante la vigencia en que ocurre el nacimiento.

b) Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia de la póliza y la antigüedad ininterrumpida de la madre en ALLIANZ al momento de dar a luz sea menor a 10 meses, deberán solicitar su cobertura en una nueva póliza y presentar las pruebas de su condición de salud para determinar su aceptación.

Podrán solicitar la inclusión en la póliza familiar al momento de la renovación de ésta, siempre que haya sido aceptado el riesgo en la póliza individual.

c) La aceptación de cualquier otro Dependiente del Asegurado quedará sujeta a las condiciones de salud y ocupación que presente al momento de su inclusión.

El Asegurado deberá notificar a ALLIANZ por escrito con 30 días de anticipación a la renovación de la póliza la intención de dar de alta a un nuevo Dependiente.

7. COBERTURA BÁSICA

ALLIANZ cubrirá los gastos médicos erogados en Territorio Nacional, que se originen por la atención de todas las enfermedades o accidentes que no estén expresamente excluidos por esta póliza, con los límites en los servicios y condiciones de cobertura que a continuación se indican:

7.1 SERVICIOS DE HOSPITAL

1. Cuarto privado estándar con cama extra para un acompañante.
2. Alimentos del paciente.
3. Paquete de cirugía, sólo en pago directo.
4. Quirófano, sala de curación, sala de recuperación, sala de terapia intensiva o intermedia.
5. Adquisición y aplicación de sueros.
6. Aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo. Los estudios hechos a posibles donadores de sangre no serán cubiertos.

7.2 SERVICIOS MÉDICOS

a) Consultas del médico tratante.
b) Tratamientos quirúrgicos o médicos indicados o realizados por el médico tratante, hasta el gasto usual y acostumbrado de la zona de atención.
   1. Entre los tratamientos médicos se tendrán la radioterapia, la quimioterapia, la hidroterapia y la inhaloterapia.
   2. Tratamientos homeopáticos se cubrirán siempre que sean prescritos por médicos homeópatas con titulo profesional.
   3. Tratamientos quiroprácticos hasta un máximo de 15 sesiones.
c) Los honorarios de Anestesiólogos se cubrirán hasta por el 30% de lo reembolsado por concepto de honorarios de cirujano.
d) Los honorarios por Primer Ayudante en cirugía se cubrirán hasta por el 20% de lo reembolsado por concepto de honorarios de cirujano.
e) En caso de requerirse un Segundo Ayudante, este será valorado acorde al diagnostico motivo del siniestro, y de ser autorizado quedara cubierto con un 10% de lo reembolsado por concepto de honorarios de cirujano.
f) En cada sesión quirúrgica, los gastos médicos amparados no excederán de los siguientes límites:
   1. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas, y cada una de éstas sea realizada por cirujanos de distinta especialidad, se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas hasta el gasto usual y acostumbrado establecido para cada una de éstas. En el caso del **Plan Clásico** el pago se dará de acuerdo con el monto establecido en la tabla de honorarios médicos o quirúrgicos anexos a la póliza.

2. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas, y cada una de éstas sea realizada por el mismo cirujano, se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el gasto usual y acostumbrado establecido para cada una de éstas, más el 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas. En el caso del **Plan Clásico** el pago se dará de acuerdo con el monto establecido en la tabla de honorarios médicos o quirúrgicos anexos a la póliza.
3. En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas.
4. Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, y será considerada como complemento del siniestro que le dio origen.

7.3 GASTOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL

Los siguientes gastos se cubrirán siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante:

1. Laboratorio, gabinete e imagenología.
2. Medicamentos y materiales de curación.
3. Prótesis funcional y equipo ortopédico (excepto reposición de prótesis existentes a la fecha del accidente o enfermedad).
4. Renta de cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico indicado para la recuperación del paciente.
5. Gastos originados por consumo de Oxigeno.

7. 4 TRATAMIENTOS DENTALES

Sólo estarán cubiertos los tratamientos necesarios para reponer o restaurar las piezas dentales dañadas o perdidas a consecuencia directa de un accidente amparado (excepto reposición de prótesis existentes a la fecha del accidente), siempre y cuando el tratamiento inicie dentro de los primeros 30 días posteriores al accidente.

7.5 TRATAMIENTOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

Sólo estarán cubiertos los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios para atender lesiones de nariz o senos paranasales a consecuencia directa de un accidente amparado, siempre y cuando el tratamiento inicie dentro de los primeros 30 días posteriores al accidente y se realicen a través de pago directo con prestadores de servicio en convenio con ALLIANZ.

7.6 BENEFICIO POR MATERNIDAD

Las siguientes coberturas se otorgarán siempre y cuando, a la fecha esperada del nacimiento, la madre cuente con al menos 10 meses de antigüedad ininterrumpida con ALLIANZ.

7.6.3 MATERNIDAD

Los gastos amparados en esta cobertura incluyen: una consulta mensual, dos ultrasonogramas (para todo el embarazo), estudios de laboratorio prequirúrgicos, la terminación del embarazo por Parto Eutócico (normal) o Cesárea y los honorarios médicos del pediatra que asista en el parto. No quedarán cubiertos complementos nutricionales, vitaminas o similares.

La Suma Asegurada de esta cobertura dependerá de la antigüedad ininterrumpida de la madre con ALLIANZ y de lo establecido en la carátula de la póliza. La Suma Asegurada se fijará con relación a la fecha del inicio del embarazo con base en la Fecha de la Última Menstruación (FUM) de la madre.

Serán elegibles para esta cobertura aquellas mujeres entre los 18 y 44 años de edad pertenecientes a la póliza.

Se aplicará el deducible y el coaseguro contratados, únicamente en los casos en que la Suma Asegurada de esta cobertura sea igual a la Suma Asegurada de la cobertura básica o se haya contratado un deducible mayor a $25,000.00 (veinticinco mil pesos).

La Suma Asegurada de esta cobertura no se reinstalará para un mismo acontecimiento en caso de presentarse la renovación de la póliza.

7.6.3 COMPLICACIONES DE EMBARAZO

Gastos derivados por complicaciones de embarazo, parto y puerperio:

a) La intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino (indispensable presentar ultrasonografía).
b) Toxicosis gravídica y eclampsia.
c) Mola hidatiforme o embarazo anembriónico (indispensable presentar estudio histopatológico).
d) Puerperio patológico.
e) Alteraciones placentarias (indispensable presentar ultrasonografía).

El resto de las complicaciones de embarazo se deberán reclamar bajo la cobertura de maternidad.

7.6.3 RECIÉN NACIDO

Para los recién nacidos sanos, los gastos amparados bajo esta cobertura son: la estancia y cuidados rutinarios de cunero durante la estancia de la madre en el hospital y el tamiz neonatal. No quedarán cubiertos los gastos personales como fotografías, videos, circuncisión, perforación de pabello auricular u otros. La Suma Asegurada para este beneficio será de $4,000.00 (cuatro mil pesos) por niño, no aplica deducible ni coaseguro alguno.

Se cubren los nacimientos prematuros, los padecimientos congénitos ya sea con tratamientos in-útero o al nacimiento. La suma asegurada para este beneficio será la especificada en la carátula de la póliza.

El recién nacido deberá integrarse como Dependiente en esta póliza para continuar con la cobertura después del periodo de seguro en el que nace, conforme a lo estipulado en la cláusula de inclusión de nuevos dependientes, de lo contrario se cancelará esta cobertura.

7.7 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

ALLIANZ ofrece al Asegurado o a cualquiera de sus Dependientes, sin costo alguno, una segunda opinión médica para confirmar cualquier evento quirúrgico con médicos especialistas afiliados a ALLIANZ, que de ninguna manera participarán en la cirugía. Para obtener este beneficio se deberá seguir el procedimiento establecido.

7.8DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS

Se cubren los accidentes sufridos por la practica ocasional o amateur de deportes, con excepción de los siguientes: box, lucha libre, lucha greco-romana, artes marciales, charrería, vuelo delta y tauromaquia.

7.9PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS

Se ofrece al Asegurado adelantar, sin costo, el 60% de los honorarios médicos autorizados para Cirugía Programada necesaria a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos por las Condiciones Generales, cláusulas y endosos de la póliza. Para tener derecho a este beneficio, se requiere que, con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación, el Asegurado proporcione a ALLIANZ:

- Aviso de Accidente o Enfermedad.
- El Informe Médico.
- Estudios realizados que sustenten el diagnóstico motivo del siniestro
- El presupuesto hecho por el médico tratante.

El anticipo quedará sujeto a la aprobación de ALLIANZ.

Dentro de los 15 días posteriores a la cirugía, el Asegurado deberá cumplir con lo establecido en la sección 10.6 “Pago de Indemnizaciones”. De no cumplir con este requerimiento, el Asegurado deberá efectuar el reembolso de la cantidad anticipada, bastando para ello el requerimiento por escrito de ALLIANZ.

En el caso de que ALLIANZ demostrara que en la información preliminar hubo falsas declaraciones u omisiones importantes para la apreciación de la reclamación, y que ésta no se encuentra cubierta por la póliza, el Asegurado deberá efectuar el reembolso de la cantidad anticipada, bastando para ello el requerimiento por escrito de ALLIANZ.

7.10 AMBULANCIA

ALLIANZ cubrirá los servicios de ambulancia terrestre en aquellos casos de URGENCIA MÉDICA en donde sea indispensable el traslado por personal especializado para su atención médica adecuada.

El servicio de ambulancia aérea se otorgará solo en las siguientes circunstancias:

- En el caso que el asegurado se encuentre a más de 70 Km del centro de atención más cercano y no existan vías de comunicación terrestres que permitan el traslado adecuado del Asegurado o cualquiera de sus dependientes.

- Cuando en la localidad u hospital donde se encuentre el Asegurado no cuente con los recursos indispensables para la adecuada atención y el traslado sea absolutamente necesario para evitar que se ponga en riesgo la vida, la viabilidad de alguno de sus órganos o la integridad corporal del Asegurado o cualquiera de sus dependientes.

El beneficio máximo para la cobertura de ambulancia aérea será de $50,000.00 (cincuenta mil pesos) y operara únicamente vía reembolso, siempre y cuando el siniestro sea cubierto.

7.11 ASISTENCIA EN VIAJES

ALLIANZ ofrece los siguientes servicios si el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes se encuentran a más de 70 kilómetros de su lugar de residencia permanente:

a) Reembolso de los gastos de hospedaje del Asegurado cuando por prescripción del médico tratante, deba permanecer en la ciudad donde fue atendido por la urgencia médica después de que se haya estabilizado la condición de urgencia médica y siempre que esta urgencia haya sido amparada por esta póliza.

i. Se pagará hasta el equivalente a $125 dls. (ciento veinticinco dólares) diarios, durante un periodo máximo de 20 días, y sólo se cubrirá un caso durante la vigencia de la póliza.

b) Reembolso de los gastos de hospedaje de un familiar, cuando por prescripción del médico tratante el Asegurado deba permanecer en la ciudad donde fue atendido por la urgencia médica y siempre y cuando esta urgencia haya sido amparada por esta póliza.

i. Se incluyen los gastos de hospedaje de un familiar en primer grado, en caso de que se encontrara de viaje con el familiar afectado, o bien, se hubiere trasladado conforme al siguiente inciso c).
ii. Se pagará hasta el equivalente a $125 dls. (ciento veinticinco dólares) diarios, durante un periodo máximo de 12 días, y sólo se cubrirá un caso durante la vigencia de la póliza.

c) Reembolso de los gastos de traslado de un familiar en primer grado, cuando por prescripción del médico tratante se deba permanecer hospitalizado o en convalecencia por más de 5 días en la ciudad donde fue atendido por la urgencia médica y siempre y cuando esta urgencia haya sido amparada por la presente póliza. El traslado podrá efectuarse por el medio más rápido disponible. Se cubre únicamente un caso por vigencia.

d) En caso de fallecimiento, traslado del cadáver hasta el lugar que hubiere sido su residencia permanente, o bien, inhumación en el lugar donde ocurrió el deceso con costo máximo por el equivalente al del traslado. Asimismo, si se viajaba con menores de edad incluidos en esta póliza y no hubiere un adulto responsable, ALLIANZ se encargará del regreso de los menores a su lugar de residencia permanente y enviará a un acompañante para asistirlos durante el traslado.

e) Regreso anticipado del Asegurado y/o sus dependientes por fallecimiento de un familiar en primer grado: en caso de que uno de sus familiares de primer grado fallezca en México mientras el Asegurado o sus Dependientes se encuentren de viaje en el extranjero, ALLIANZ gestionará el regreso anticipado al lugar de residencia permanente en México, tramitando un boleto de avión de regreso en la clase que se adquirió inicialmente, siempre y cuando el boleto original ya no tenga validez y por lo tanto no pueda ser utilizado.

f) Gastos dentales de emergencia en el extranjero: si se presentan problemas graves que requieran de tratamiento odontológico de emergencia, ALLIANZ tramitará el pago directo de los gastos por este concepto. Cubre un caso al año hasta por $1,000.00 dls. (mil dólares americanos).

g) Cuando a consecuencia de una urgencia médica, sea necesario el traslado del Asegurado hasta el centro hospitalario más cercano, se proporcionará el servicio de Ambulancia Terrestre sin costo para el Asegurado limitado a un caso durante la vigencia de la póliza.

h) Si a consecuencia de una urgencia médica el asegurado requiere a solicitud del médico tratante estudios de análisis general de orina, biometría hemática o radiografía de tórax, el Asegurado podrá coordinar a través de ALLIANZ la referencia de los laboratorios o gabinetes radiológicos donde podrá acudir a practicarse los estudios mencionados sin costo alguno. Será requisito indispensable presentar a ALLIANZ las recetas médicas firmadas por el médico tratante. Lo anterior estará limitado a 8 estudios por vigencia.

8. COBERTURAS OPCIONALES

8.1 COBERTURA EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación del **Plan Internacional** se extenderán los beneficios que se otorgan en la "Cobertura Básica" al ámbito internacional, bajo las mismas condiciones que se indican en la carátula de la póliza.

8.2 COBERTURA DE URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado o cualquiera de sus dependientes sufra una urgencia médica estando de viaje en el extranjero, todo gasto que se origine para controlar la situación de emergencia se cubrirá hasta por la Suma Asegurada y con el deducible que a continuación se indica, sin aplicar coaseguro:

Plan Internacional - $70,000 dls. Con deducible de $70 dls.
Plan Master - $70,000 dls. con deducible de $70 dls.
Plan Amplio - $60,000 dls. con deducible de $60 dls.
Plan Clásico - $50,000 dls. con deducible de $50 dls.

En caso de que la póliza cuente solo con cobertura nacional, después de haber sido controlada la situación de emergencia, la atención deberá continuar en Territorio Nacional para quedar amparada.

8.2.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En ningún caso se cubrirán gastos por urgencias en el extranjero por:

a) Parto y complicaciones de embarazo.
b) Atención de padecimientos preexistentes.
c) Atención de un accidente o enfermedad ocurrido en la República Mexicana.
d) Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.

8.3 COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

ALLIANZ ofrece la cobertura de padecimientos catastróficos, sin costo, para los gastos amparados erogados en Territorio Nacional con Suma Asegurada sin límite. Asimismo, se podrá ampliar este beneficio al ámbito internacional, mediante la contratación de la Cobertura de Enfermedades Catastróficas Internacional.

Los padecimientos considerados como catastróficos, para fines de esta cobertura, son:

1. Enfermedades cerebrales que requieran cirugía
2. Enfermedades del corazón que requieran cirugía
3. Cáncer (salvo lo estipulado en las exclusiones de esta cobertura)
4. Enfermedades autoinmunes o metabólicas que pongan en riesgo la vida de la persona
5. Insuficiencia renal crónica
6. Transplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea

Se incluyen los servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, a partir del primer gasto que se efectúe por dicho cultivo.

Se incluyen los servicios prestados durante el proceso de adquisición del órgano o tejido obtenido de un donante fallecido: remoción, preservación y transporte.
Se incluyen los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido.

Para que proceda esta cobertura, el Asegurado o dependiente afectado, deberá dar aviso a ALLIANZ con 10 días de anticipación a la fecha de ingreso al hospital o centro de transplante, para confirmar el padecimiento catastrófico y autorizar su atención. En caso de urgencia se deberá dar aviso a ALLIANZ en un lapso no mayor a 48 horas posteriores al ingreso al hospital o centro de transplante.

De no cumplir con lo establecido en el párrafo anterior, la indemnización se dará vía reembolso, aplicando el coaseguro sobre el total de la reclamación independientemente de lo estipulado en la cláusula "Coaseguro" del apartado "Indemnización".

8.3.1 EXCLUSIONES

i) No se considerarán como enfermedades catastróficas los siguientes padecimientos:

a) Cánceres in-situ del cuello uterino.
b) Cánceres de la piel, a excepción del melanoma maligno.

ii) No están cubiertos los gastos que se originen por:

a) Transplante de órganos cuando existan tratamientos o procedimientos quirúrgicos alternos que razonablemente garanticen la recuperación de la salud del paciente con menor riesgo de su vida que el procedimiento del transplante.
b) Tratamientos o procedimientos quirúrgicos para reemplazar órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.
c) Cuidado proporcionado por enfermeras o personal de asistencia en casos de senilidad o deterioro cerebral.

8.4SEGURO PARA GASTOS FUNERARIOS

ALLIANZ pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de fallecimiento del Asegurado o el de cualquiera de sus Dependientes con un año o más de edad, a consecuencia de cualquier accidente amparado o enfermedad amparada. Para el pago de la Suma Asegurada se deberá presentar el acta de defunción.

No quedarán cubiertos los casos en los que el fallecimiento ocurra como consecuencia de un padecimiento preexistente a la fecha de contratación de esta cobertura.

Se entenderá por Beneficiario a la persona designada por el Asegurado en la solicitud para recibir la Suma Asegurada en caso de ocurrir el siniestro.

8.5MUERTE ACCIDENTAL EN VIAJES AÉREOS

Para esta cobertura se tendrán como “Asegurados” tanto al Asegurado como a cualquiera de sus dependientes con 12 ó más años de edad.

ALLIANZ pagará a los beneficiarios que corresponda la cantidad que se presenta en la carátula de esta póliza en caso de que el Asegurado fallezca en cualesquiera de las siguientes dos circunstancias:

a) En un accidente ocurrido al viajar como pasajero en un avión comercial,
b) Por lesiones sufridas en un accidente ocurrido al viajar como pasajero en un avión comercial, en un lapso no mayor a 180 días contados a partir del accidente.

Para los efectos de esta cobertura se considerarán incluidos los accidentes que se produzcan en el acto de abordar o descender de la aeronave y se entenderá como avión comercial al operado por una empresa de transporte público, sobre una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.

9. EXCLUSIONES

Esta Póliza en ningún caso cubre los gastos que se originen por:

1. **Lesiones que se produzcan por participar en servicio militar, actos de guerra, terrorismo, rebelión o insurrección.**

2. **Lesiones del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes derivadas de accidentes al encontrarse bajo el efecto de estupefacientes o psicotrópicos, y de los cuales él sea responsable.**

3. **Lesiones del Asegurado o de cualquiera de sus dependientes derivadas de accidentes de los cuales él sea responsable, y se encuentre bajo el influjo de bebidas alcohólicas, salvo que se pruebe que el contenido alcohólico en la sangre era menor al 0.08%. Asimismo las enfermedades derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas.**

4. **Lesiones que se produzcan por prestar servicio de seguridad o vigilancia.**

5. **Lesiones sufridas por acciones realizadas por el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes, cuando exista culpa grave o negligencia inexcusable.**

6. **Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos generales, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud y “check-up”.**

7. **Tratamientos y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño, de la conducta o del aprendizaje, y el síndrome de fatiga crónica.**

8. **Hechos que provoque el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes intencionalmente o se produzcan con su consentimiento o su participación voluntaria.**

9. **Tratamientos médicos o quirúrgicos de padecimientos causados por alcoholismo o toxicomanías.**

10. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la fertilidad, natalidad, infertilidad y sus complicaciones.**

11. **Compra o renta de zapatos ortopédicos. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza o a la fecha del accidente o enfermedad, cualquiera que sea la causa de la reposición.**

12. **Lesiones que el Asegurado o cualquiera de sus dependientes sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**

13. **Lesiones que el Asegurado o cualquiera de sus dependientes sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de: box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, charrería, vuelo delta y tauromaquia.**

14. **Lesiones derivadas de accidentes que el Asegurado o cualquiera de sus dependientes sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares cuando el motor exceda los ciento veinticinco centímetros cúbicos (125cc.), o bien participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**

15. **Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o seguido, y aquellos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.**

16. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso, cualesquiera que sea su causa.**

17. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie.**

18. **Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa con excepción de la medicina homeopática.**

19. **Tratamiento médico o quirúrgico para corregir desviaciones de columna vertebral: xifosis, lordosis o escoliosis.**

20. **Tratamientos quirúrgicos para mejorar la apariencia normal del Asegurado o de sus dependientes mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.**

21. **Cirugía para el cambio de sexo.**

22. **Cuidado podiátrico incluyendo cualquier tratamiento o cuidado médico relacionado con degeneraciones articulares de las falanges de los pies, así como el tratamiento para corregir hallux valgus.**

23. **La compra de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.**

24. **La adquisición de prótesis no funcionales.**

25. **Padecimientos congénitos, tratamientos intrauterinos, partos prematuros y tratamientos de cualquier complicación del recién nacido, salvo lo definido en la cláusula de "Coberturas de Maternidad".**

26. **Cuidados médicos en la etapa prenatal, las complicaciones del embarazo, el tratamiento médico o quirúrgico para parto o cesárea, los cuidados rutinarios del recién nacido, salvo lo definido en la cláusula de "Coberturas de Maternidad".**

27. **Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, salvo las derivadas del tratamiento de un accidente amparado o enfermedad amparada.**

28. **El tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos preexistentes.**

    Los padecimientos preexistentes que sean declarados al momento de la emisión o renovación de la póliza, podrán quedar amparados

cuando el Asegurado o sus Dependientes hayan estado asegurados por más de 3 años sin interrupción en una póliza individual de ALLIANZ, siempre y cuando sean catalogados como Exclusiones Temporales por el área de Selección de Riesgos.

29. **Tratamientos y/o estudios que requiera el Asegurado afectado por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**.

    Esta exclusión no tendrá validez cuando el Asegurado o sus dependientes hayan estado asegurados por más de cuatro años sin interrupción en una póliza individual de ALLIANZ y el contagio se presente después de este periodo, por lo que se entenderán amparados los gastos que se eroguen a partir de la anulación de esta exclusión, siempre y cuando se demuestre con estudios de laboratorio un nivel de linfocitos T CD-4 menor o igual a 200 por microlitro.

30. **Hemorroides, venas varicosas, hernias inguinales, hernias de disco, hernias hiatales, padecimientos en amígdalas o en adenoides y padecimientos en rodillas (salvo las lesiones a consecuencia de un accidente amparado, por lo que para éstas reclamaciones se deberán presentar los estudios que corroboren la lesiones así como los gastos cubiertos deberán ser tramitados inicialmente por el área de Urgencias del Hospital).**

    Estas exclusiones no tendrán validez si la fecha de alta de la persona afectada data de hace más de dos años, considerando el plazo que se estipula en la cláusula adicional de reconocimiento de antigüedad que forma parte de esta póliza, por lo que se entenderán amparados los gastos que se eroguen a partir de la anulación de esta exclusión.

29. **Litiasis en vías biliares, litiasis en vesícula biliar, litiasis en vías urinarias, enfermedades acidopépticas, padecimientos en glándulas mamarias, trastornos del aparato reproductor femenino.**

    Esta exclusión no tendrá validez si la fecha de alta de la persona afectada data de hace más de un año, considerando el plazo que se estipula en la cláusula adicional de reconocimiento de antigüedad que forma parte de esta póliza, por lo que se entenderán amparados los gastos que se eroguen a partir de la anulación de esta exclusión.

30. **Queratotomías con menos de 5 dioptrías por ojo y por padecimiento.**

    En los casos de 5 dioptrías o más, por ojo y por padecimiento, estarán amparadas única y exclusivamente mediante Pago Directo y si la fecha de alta de la persona afectada data de hace más de dos años, considerando el plazo que se estipula en la cláusula adicional de reconocimiento de antigüedad que forma parte de esta póliza.

31. **Tratamientos dentales, de nariz y senos paranasales cuando se deriven de cualquier enfermedad.**

32. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.**

33. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.**

34. **Todos aquellos padecimientos cuyo total de gastos médicos amparados no exceda al deducible estipulado en la carátula de la póliza.**

10. INDEMNIZACIÓN

10.1 PAGO DIRECTO

ALLIANZ ofrece el pago directo de los gastos médicos amparados a los prestadores de servicios médicos afiliados, siempre y cuando el Asegurado o sus Dependientes sigan el procedimiento establecido en la guía de indemnización.

10.2 REEMBOLSO

ALLIANZ indemnizará vía reembolso los gastos médicos amparados que incurra el Asegurado o cualquiera de los Dependientes cuando no hayan seguido el procedimiento establecido en la guía de indemnización.

10.3 DEDUCIBLE

Si el deducible contratado es menor o igual a $25,000 (veinticinco mil pesos):

a) Para accidentes amparados no se aplicará el deducible contratado, sin embargo, los gastos generados deberán exceder esta cantidad para su reembolso.

b) Para enfermedades amparadas vía Pago Directo, siempre y cuando el Asegurado o sus dependientes sigan el procedimiento establecido en la guía de indemnización:

i. Si el deducible contratado es menor o igual a $5,000 (cinco mil pesos), no se aplica deducible.
ii. Si el deducible contratado es mayor a $5,000 (cinco mil pesos), el deducible a aplicar en la indemnización será resultado de descontar $5,000 (cinco mil pesos) al deducible contratado.

Si el deducible contratado es mayor a $25,000 (veinticinco mil pesos), el Asegurado deberá cubrir en su totalidad el deducible por cada accidente o enfermedad amparada.

10.4 COASEGURO

El coaseguro se aplicará sólo sobre los primeros $300,000 (trescientos mil pesos) de los gastos médicos amparados que excedan al deducible.

Para accidentes amparados, el coaseguro a aplicar en la indemnización será resultado de descontar 10 puntos porcentuales al coaseguro contratado.

Para enfermedades amparadas vía Pago Directo, siempre y cuando el Asegurado o sus dependientes sigan el procedimiento establecido en la guía de indemnización:

a) No se aplicará coaseguro a los honorarios de médicos afiliados a ALLIANZ.
b) El coaseguro a aplicar sobre los gastos cubiertos de servicios de hospitales afiliados con ALLIANZ, será resultado de descontar 10 puntos porcentuales al coaseguro contratado.
c) El coaseguro a aplicar sobre cualquier otro gasto cubierto ocasionado por indicación de médicos afiliados a ALLIANZ, será resultado de descontar 10 puntos porcentuales al coaseguro contratado.

Para el **Plan Amplio**, si el asegurado se atiende en alguno de los hospitales restringidos sin la autorización y coordinación de ALLIANZ, el coaseguro se incrementará con 20 puntos porcentuales y se aplicará sobre los primeros $300,000 (trescientos mil pesos) de los gastos médicos amparados que excedan al deducible.

Para el **Plan Clásico**, si el asegurado se atiende en alguno de los hospitales restringidos sin la autorización y coordinación de ALLIANZ, el coaseguro se incrementará con 40 puntos porcentuales y se aplicará sobre los primeros $300,000 (trescientos mil pesos) de los gastos médicos amparados que excedan al deducible.

Cuando el Asegurado o sus Dependientes se atiendan en un Hospital de una zona superior a la contratada, el coaseguro se incrementará de acuerdo a la tabla de coaseguros anexa a la póliza , la cual forma parte de este contrato. Este incremento de coaseguro es independiente del que pudiera operar por la utilización de hospitales restringidos y en caso de proceder los dos, se aplicarán ambos incrementos.

Tanto para el **Plan Amplio** como para el **Plan Clásico**, en caso de en que en la zona contratada no existan los recursos médicos u hospitalarios para su adecuada atención, Allianz le proporcionará al Asegurado la asistencia o información referente al médico u hospital más próximo a la zona adquirida, realizando la indemnización de los gastos con base en los convenios de la nueva zona sin que proceda ningún castigo en coaseguro. Así mismo, cuando el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes sufra una urgencia médica estando de viaje dentro de la República Mexicana y fuera de su zona de contratación, tampoco aplicará penalización alguna en el coaseguro; después de haber sido controlada la situación de urgencia médica, la atención deberá continuar en la zona de contratación y en los hospitales no restringidos.

10.5 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 período máximo de cobertura para estos.

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 30 días siguientes al término de vigencia o fecha de cancelación o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

En todas las renovaciones, las condiciones, Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro que se aplicarán en la indemnización del accidente o enfermedad amparada, serán las establecidas en la fecha del primer gasto, por lo que en ningún momento se podrán afectar las nuevas condiciones y Suma Asegurada que pacten en posteriores renovaciones.

10.6 PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

Para todos los gastos médicos amparados se deberá presentar comprobantes en original que reúnan los requisitos fiscales vigentes, 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.

10.7 MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

El reembolso de los gastos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que se haya efectuado el gasto.

10.8 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 del Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, el interés que se establece en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, computado a partir del día en que se haga exigible dicha obligación.

10.9 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 aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.