

DEFINICIONES

1.ACCIDENTE CUBIERTO

Se entenderá como accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita o violenta que produzca lesiones corporales en la persona del asegurado, siempre y cuando se originen dentro de la vigencia de la póliza y requiera atención médica dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de que la atención médica no se presente dentro de los treinta días siguientes al accidente se considerará como enfermedad.

No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el asegurado.

Se considera como un mismo accidente a las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de este, de su tratamiento o manejo quirúrgico así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas.

2.ASEGURADO TITULAR

Es aquella persona quien firma el consentimiento y es miembro directo de la colectividad asegurada.

3.COASEGURO

Porcentaje a cargo del asegurado, que se aplica al monto de las reclamaciones una vez descontado el deducible, en caso de enfermedad cubierta. En caso de accidente cubierto no opera dicho cargo.

El coaseguro a aplicar se estipula en la carátula de la póliza, salvo en los padecimientos donde se manifieste lo contrario en forma específica.

4.COLECTIVIDAD ASEGURADA

Está formada por los integrantes en servicio activo de una colectividad o grupo, constituida legalmente e incluidos en el registro de los asegurados de la póliza

5.CONTRATANTE

Es aquella persona física o moral responsable ante ALLIANZ de pagar la prima del seguro en su totalidad y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo en materia del Seguro.

6. DEDUCIBLE

Cantidad a cargo del asegurado especificada en la carátula de la Póliza y que se debe cubrir en cada caso de enfermedad amparada. En caso de accidente cubierto no opera dicho cargo.

El deducible a aplicar se estipula en la carátula de la póliza, salvo en los padecimientos donde se manifieste lo contrario en forma específica.

7. DEPENDIENTES ECONOMICOS

Se entenderá como Dependientes Económicos:

- A.** Al cónyuge o concubinario conforme al Art. 1635 del Código Civil
- B.** Los hijos que a la fecha de contratación o renovación de la póliza sean menores de 25 años, solteros y sin ningún ingreso propio por trabajo.

8. ENFERMEDAD

Es la alteración de la salud provocada por agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico al asegurado.

9. ENFERMEDAD CUBIERTA

Toda alteración en la salud del asegurado debidamente diagnosticada que se encuentre cubierta de acuerdo a las condiciones generales y que se origine independientemente de hechos accidentales, siempre y cuando los síntomas, el diagnóstico y la atención médica ocurran durante la vigencia de la póliza.

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

10. EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

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

11. ENDOSO

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las Condiciones Generales y forma parte del contrato de seguro.

12. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA)

Se entenderá como Gasto Usual y Acostumbrado el monto máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico. El GUA será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.

13. HONORARIOS MÉDICOS

Es aquella remuneración que obtiene el profesional médico por los servicios que presta al Asegurado.

14. HOSPITALIZACIÓN

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio, justificada y comprobable para el padecimiento, contada a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

15. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Son aquellas enfermedades o malformaciones que tuvieron su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que éstas sean evidentes al momento del nacimiento o se manifiesten con posterioridad. Las diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

16. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del asegurado dentro de la póliza
- b. En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo a la fecha de alta del asegurado dentro de la póliza
- c. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos.

17. PAGO DIRECTO

Beneficio mediante el cual ALLIANZ liquidará directamente al prestador de servicios los gastos cubiertos realizados por el asegurado dentro de un hospital de Red como consecuencia de algún accidente o enfermedad amparada por la póliza, siempre y cuando requiera de más de 24 horas de hospitalización.

18. PERÍODO AL DESCUBIERTO

Es aquel lapso de tiempo en el cual los beneficios de la póliza no tendrán efecto. Inicia al día siguiente de finalizado el Período de Gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones ni el servicio de Pago Directo por accidentes o enfermedades cuyos síntomas o signos se hayan manifestado durante este período.

19. PERÍODO DE ESPERA

Es el tiempo sin interrupción que debe transcurrir para cada asegurado, de tal manera que los padecimientos expresamente indicados sean cubiertos por el seguro.

20. PERÍODO DE GRACIA

Lapso de tiempo entre tres y treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza o vencimiento del pago fraccionado con que cuenta el contratante para pagar la prima, de acuerdo a la forma de pago previamente pactada en el contrato.

En este período no se otorgará el servicio de pago directo.

21. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS

Beneficio mediante el cual el Asegurado recibe la autorización de ALLIANZ del pago directo previa a su intervención quirúrgica y /o tratamiento médico.

22. PRÓTESIS

Son todas aquellas piezas o aparatos que reemplazan, en forma permanente a un órgano o extremidad, permitiendo preservar o recuperar su función

23. REEMBOLSO

Proceso mediante el cual ALLIANZ restituye los gastos procedentes realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la póliza y liquidados directamente por el Asegurado al prestador de Servicio, descontando el deducible y coaseguro correspondiente.

24. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA

Beneficio que otorga ALLIANZ en donde la Suma Asegurada se reinstalará automáticamente, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

En ningún caso se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada, para un mismo Accidente o Enfermedad.

25. SALARIO MINIMO GENERAL MENSUAL (SMGM)

Se tomará como salario mínimo general mensual el vigente en el distrito federal a la fecha de erogación del primer gasto médico cubierto.

26. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene ALLIANZ por cada enfermedad o accidente cubierto. Dicha cantidad esta especificada en la carátula de la póliza y quedará fija en la fecha del primer gasto erogado.

COBERTURA BASICA

GASTOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de la póliza y a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto en el Contrato, el Asegurado incurriera en los gastos que a continuación se mencionan, ALLIANZ cubrirá el costo de los mismos hasta la Suma Asegurada de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este Contrato, en las Cláusulas Generales, Endosos y Cláusulas que se agreguen.

Lo anterior tendrá lugar, siempre y cuando el Asegurado se encuentre dentro del período de cobertura al momento de ocurrir el accidente o enfermedad y los gastos hayan sido erogados dentro de la vigencia de la póliza y en la República Mexicana.

PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS

1. Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando el contratante notifique por escrito a ALLIANZ dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento.
2. Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros que requieran hospitalización mayor a las 48 horas posteriores al nacimiento; dichas alteraciones en su conjunto se consideran como un solo evento.
3. Gastos derivados por complicaciones del 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)

No quedará cubierta ninguna otra complicación del embarazo, salvo las especificadas en los incisos anteriores
4. Operación o tratamientos de nariz y/o senos paranasales, siempre y cuando no se trate de cirugía estética, serán cubiertas sin periodo de espera, aplicándose un monto máximo de 10 SMGM, no se aplicará deducible ni coaseguro ya sea por Accidente o por Enfermedad. Para la reclamación de estos eventos será indispensable la presentación de la Historia Clínica completa y Rayos X preoperatorios.

5. La operación cesárea estará cubierta siempre y cuando sea absolutamente necesaria para evitar complicaciones a la madre o al producto, por las condiciones del embarazo. Se otorgará aplicando un monto máximo de 15 SMGM, no se aplicará deducible ni coaseguro. Los gastos cubiertos por este beneficio serán exclusivamente los erogados cuando la cesárea sea a causa de los siguientes eventos:
 - a. Cesárea Iterativa
 - b. Canal estrecho pélvico
 - c. Preclampsia y eclampsia
 - d. Atonia uterina
 - e. Proceso infeccioso
 - f. Presentación anormal del producto
 - g. Desprendimiento y/o inserción anormal de placenta
 - h. Sufrimiento fetal agudo
 - i. Obito (mortinato)

No quedará cubierto ningún otro evento, salvo los especificados en los incisos anteriores.

6. Tratamientos de eventraciones, hernias abdominales, inguinales (uni o bilaterales) o umbilicales (excepto las de carácter estético).
7. Hemorroidectomías, prostatectomías, tratamiento de prolapsos y cualquier operación reconstructiva de piso perineal o padecimiento anorrectal.
8. Tratamiento médico o quirúrgico para insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
9. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o colocación de prótesis dentales que resulten indispensables para preservar o recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de un accidente cubierto. Para la reclamación de estos eventos será indispensable la presentación de la historia clínica completa y rayos X preoperatorios.
10. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto. Para la reclamación de estos eventos será indispensable la presentación de la historia clínica completa y rayos X preoperatorios.
11. Tumoraciones mamarias, de útero y ovarios. Para la reclamación de estos padecimientos será necesaria la presentación de la ultrasonografía, el estudio histopatológico y en su caso, la mastografía. Tratándose de procedimientos por laparoscopia o rayo láser deberá presentarse el estudio citológico.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos de padecimientos de amígdalas y adenoides.
13. Tratamientos de fisioterapia, inhaloterapia, quimioterapia y radioterapia. Para esta cobertura será indispensable presentar informe medico actualizado a solicitud de ALLIANZ .

14. Tratamientos a consecuencia de lesiones que el Asegurado sufra por la práctica amateur u ocasional de deportes. No quedarán cubiertos el box, lucha libre, lucha greco-romana, artes marciales, charrería, vuelo delta , tauromaquia.
15. Los tratamientos y/o estudios que requiera el Asegurado afectado por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se cubrirán únicamente a partir de que se demuestre con estudios de laboratorio un nivel de linfocitos T CD-4 menor o igual a 200 por microlitro; siempre y cuando el Asegurado haya estado asegurado por 4 años sin interrupción en ALLIANZ y que el virus del SIDA o VIH no haya sido detectado durante este periodo o antes.
16. En cirugía de trasplantes, para cada órgano se cubrirá el primer trasplante con deducible y coaseguro normal y el segundo intento con coaseguro del 50%, quedando excluidos los intentos subsecuentes de trasplantes de un mismo órgano. En ningún momento quedará cubierto el costo del órgano trasplantado y los gastos erogados por el donante.
17. Adherencias pélvicas a consecuencia de cirugía cubierta por ALLIANZ.
18. Tratamiento de endometriosis para lo cual será indispensable presentar estudio histopatológico.
19. Tratamientos médicos o quirúrgicos de litiasis (urinaria o biliar), conocidos como litotripsias, hasta un máximo de 4 sesiones al año. Para la reclamación de este evento será indispensable la presentación de los estudios que confirmen el diagnóstico.
20. Circuncisión a excepción de la profiláctica.

HONORARIOS MÉDICOS

1. Honorarios de médicos, cirujanos y ayudantes legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión que no sean familiares del asegurado. La responsabilidad máxima de ALLIANZ se limitará al Plan de Gasto Usual y Acostumbrado (GUA), establecido en la carátula de la Póliza.
2. Honorarios por consultas médicas. Las consultas postoperatorias serán cubiertas hasta un máximo de tres. La atención en terapia intensiva o visitas médicas intra hospitalarias, quedará cubierta con un máximo de 2 consultas al día.
3. Honorarios de anestesista, hasta por el 30% del monto total cubierto al cirujano principal.
4. Honorarios por primer ayudante en intervención quirúrgica, con un máximo del 20% del monto total cubierto al cirujano principal.
5. En caso de requerirse un 2do. ayudante, este será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro y de ser autorizado quedará cubierto con un 10% del monto total cubierto al cirujano principal

6. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, que no sean familiares del asegurado y sólo cuando sea necesaria bajo prescripción del médico tratante para la convalecencia domiciliaria, con máximo de treinta días.
7. Honorarios de Médicos Quiroprácticos que cuenten con Cédula Profesional, bajo prescripción del médico tratante, con un monto máximo de 2 SMGM por cada Accidente o Enfermedad cubierto.
8. Honorarios de Médicos Homeópatas que cuenten con Cédula Profesional, con un máximo de 10 sesiones por cada accidente o enfermedad cubierta.

GASTOS HOSPITALARIOS Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS

1. Gastos de hospital o sanatorios representados por el costo de la habitación y alimentos, en cuarto privado estándar.
2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva o intermedia.
3. Anestesia y equipo requerido.
4. Costo de la cama extra para el acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en un hospital. No quedará cubierto ningún otro gasto erogado por acompañantes.
5. Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital o sanatorio así como los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes, tengan relación con el tratamiento del Accidente o Enfermedad motivo del siniestro cubierto y se presente la factura de la farmacia debidamente desglosada por unidad y acompañada de la receta correspondiente.
6. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, suero y otras sustancias similares, indispensables para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad amparada. No quedará cubierto ningún gasto efectuado para pruebas o atención a donadores.
7. Análisis de laboratorio, de gabinete, o cualquier otro indispensable para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el siniestro presentado. Las facturas deberán ser acompañadas por los resultados o interpretación de los estudios realizados.
8. Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza, con excepción de zapatos ortopédicos.
9. Servicio de Ambulancia Terrestre necesaria para el transporte del asegurado hacia o desde el hospital dentro de la localidad donde se efectúe el tratamiento por cada Enfermedad o Accidente cubierto, siempre y cuando sea indispensable para evitar poner en peligro la vida del Asegurado o su integridad corporal.

10. Renta de equipo tipo hospital: silla de ruedas, camas especiales para enfermos, etc. que bajo prescripción del médico tratante sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.

EXCLUSIONES

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza no cubre gastos resultantes de:

PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EXCLUIDOS

1. Padecimientos Preexistentes a la fecha de la alta del asegurado dentro de la póliza.
2. Parto Eutocico (parto Normal)
3. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilo faciales que no se encuentren especificados entre los cubiertos por esta póliza.
4. Gastos derivados por la operación cesárea, complicaciones del embarazo, parto y puerperio erogados por cualquier dependiente económico a excepción del cónyuge.
5. Tratamiento de aborto cualquiera que sea su causa
6. Tratamientos originados por trastornos de la conducta, el lenguaje y el aprendizaje así como alteraciones del sueño.
7. Tratamientos originados por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; en general, cualquier tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico, independientemente de sus causas o complicaciones.
8. Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanías.
9. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad y sus complicaciones. De igual forma, quedan excluidos los padecimientos congénitos o las afecciones de recién nacidos prematuros, en el caso de que la madre y/o el padre hayan estado bajo un tratamiento por esterilidad, infertilidad o control de la natalidad.
10. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir presbicia, miopía, hipermetropía, astigmatismo, estrabismo o cualquier defecto de refracción. Así mismo no se cubren anteojos, lentes de contacto o lentes intraoculares.
11. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierta ocurrida durante la vigencia de este seguro.
12. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir la obesidad, calvicie o talla-baja.
13. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.

14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnosis o quelaciones.
16. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e infección por VIH, aún tratándose de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza que lo hayan adquirido durante la gestación, salvo los especificados en la póliza.
17. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
18. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.

HONORARIOS MÉDICOS EXCLUIDOS

1. Monto en exceso del Gasto Usual y Acostumbrado por los honorarios médicos o el tratamiento médico de Accidentes o Enfermedades cubiertas.
2. Gastos por honorarios de médico o personas físicas por servicio de compañía en el traslado del Asegurado en calidad de paciente.
3. Honorarios médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas o macrobióticos.

LESIONES EXCLUIDAS

1. Lesiones originadas por participar en actividades militares de cualquier clase, actos de guerra (declarada o no), actos de un enemigo extranjero, invasión, rebelión, insurrección o revolución.
2. Lesiones originadas por actos delictivos en que participe intencional y directamente el asegurado.
3. Lesiones originadas por la participación del asegurado en riñas, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
4. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
5. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

7. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte

GASTOS HOSPITALARIOS Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS EXCLUIDOS

1. Renta o compra de aparatos auditivos.
2. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, intervenciones o estudios expresamente excluidos en la Póliza.
3. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza.
4. Transporte o ambulancia aérea.
5. Curas de reposo, estudios de laboratorio y/o gabinete para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de Check up.
6. Gastos efectuados fuera del territorio nacional.

CLAUSULAS GENERALES

CONTRATO

La Solicitud, la Póliza, el Registro de Asegurados, los Certificados individuales, los Endosos y Cláusulas que se agreguen, así como las declaraciones del Contratante o de los Asegurados, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y ALLIANZ, bajo el cual quedan amparados todos los Asegurados que integran esta póliza.

En caso de que existan padecimientos o cualquier situación, que por sus características agraven el riesgo, ALLIANZ se reserva el derecho de expedir endosos de exclusión al momento de la contratación o por cambio de ocupación de los Asegurados.

VIGENCIA

El período de cobertura será el que aparece en la carátula de la Póliza: entrará en vigor desde las 12:00 p.m. de la fecha de inicio estipulada y terminará su vigencia a las 12:00 p.m. del día indicado como fin de vigencia.

RENOVACION

Este contrato podrá ser renovado, por períodos de un año, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada periodo, el Contratante da aviso por escrito a ALLIANZ de su voluntad de renovarlo. No quedarán cubiertos los Asegurados cuya edad a la fecha de renovación estén fuera de los límites estipulados en la cláusula [EDAD](#).

La nueva prima será calculada con base a la tarifa vigente, a los beneficios y a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados al momento de la renovación.

MODIFICACIONES

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días 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).

NOTIFICACIONES

Toda notificación relacionada con el presente Contrato deberá dirigirse por escrito a ALLIANZ en el domicilio que se presenta en la carátula de la póliza.

TERMINACIÓN ADELANTADA DEL CONTRATO

Las partes convienen expresamente que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente por cualquiera de ellas, notificándolo por escrito con 30 días naturales de anticipación.

En caso de que ALLIANZ de por terminado el contrato, devolverá al contratante el 100% de la prima correspondiente al periodo no transcurrido de vigencia o cuando el Contratante de por terminado el contrato, ALLIANZ devolverá el 65% de la prima correspondiente al periodo no transcurrido de vigencia.

LUGAR DE RESIDENCIA

Esta Póliza cubre únicamente a personas que radiquen en la República Mexicana. En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por un período mayor a tres meses deberá notificarlo a ALLIANZ previamente, quien analizará el riesgo y establecerá, en caso de aceptación, la prima correspondiente.

De no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra durante este período no quedará cubierto.

MONEDA

Todos los pagos derivados de este contrato, por parte del Contratante o de ALLIANZ se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Los gastos que se efectúen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de este contrato, se reembolsarán según el tipo de cambio estipulado por el Banco de México, vigente para la moneda y en la fecha de erogación de los gastos.

PRIMAS

La prima de esta Póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, sexo, ocupación y conforme a la tarifa en vigor que determine ALLIANZ.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de ALLIANZ contra recibo oficial que otorgue la misma.

ALLIANZ se reserva el derecho de modificar la tarifa aplicable a partir de la fecha de renovación.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, ya sea semestral, trimestral o mensual y se aplicará a la prima la tasa de financiamiento pactada entre ALLIANZ y el Contratante al momento de la celebración del contrato.

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Si no hubiere sido pagada la prima o fracción de ella en los casos de pagos fraccionados, dentro del Periodo de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, por falta de pago.

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 en 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 o por la iniciación del procedimiento señalado en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

La Compañía elaborará un registro de los asegurados, en el cual anotará los siguientes datos para cada uno de ellos: nombre, edad, sexo, fecha de alta y coberturas contratadas. Dichos datos deberán ser proporcionados por el contratante. ALLIANZ agregará la prima de cada Asegurado y de sus dependientes.

El Contratante deberá reportar por escrito a ALLIANZ los movimientos de: altas y bajas de Asegurados, aumentos o disminuciones de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

- a) Altas.-Serán incluidos dentro de la presente Póliza, mientras esta se encuentre en vigor, los nuevos miembros de la colectividad definida en la carátula, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a ALLIANZ. La cobertura para cada uno de los Asegurados que se den de alta iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados, siempre y cuando la notificación de alta se haya hecho dentro de los treinta días siguientes a la ocurrencia del hecho; en caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionada a la aceptación por parte de ALLIANZ, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada a pedir.

Lo descrito anteriormente operará también para el alta de dependientes económicos, como es el caso de los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la Póliza, los cuales quedarán cubiertos desde el momento del nacimiento, y los cónyuges de los Asegurados que contraigan matrimonio durante la vigencia de la Póliza, los cuales quedarán cubiertos a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando su aviso de alta se haga dentro de los treinta días siguientes a la fecha de su nacimiento o matrimonio.

La notificación por escrito a ALLIANZ en los casos descritos debe incluir como documentación comprobatoria, ya sea el acta de nacimiento o bien el acta de matrimonio respectivamente.

En todos los casos anteriores ALLIANZ cobrará la prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el vencimiento del seguro en curso.

- b) Bajas.-Causarán baja de esta Póliza aquellas personas y sus dependientes económicos, que hayan dejado de pertenecer a la colectividad o grupo asegurado; para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a ALLIANZ, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de ALLIANZ a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a ALLIANZ. En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la Póliza, ALLIANZ devolverá al contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

EDAD

Las edades de aceptación y renovación son las que tengan el Asegurado y sus dependientes económicos al momento de la celebración del contrato.

Para efecto de este contrato, los límites de aceptación son desde su nacimiento hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad.

La aceptación y renovación para los hijos de los Asegurados estará sujeta a que sean menores de 25 años, dependientes económicos y solteros.

ALLIANZ para comprobar las edades asentadas en esta póliza, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes, como lo son: acta de nacimiento, pasaporte, cartilla militar o cualquier identificación oficial con fotografía.

Cuando ALLIANZ haya comprobado la edad del asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que compruebe que dichas pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del asegurado, y dicha edad rebase los límites de admisión fijados por ALLIANZ, se rescindirá el contrato y quedará nulo el certificado individual que lo ampara, procediendo a devolverse al asegurado el 65% de la prima correspondiente al periodo no transcurrido de vigencia a la fecha de su rescisión.

Si la edad del asegurado se encuentra comprendida dentro de los límites de admisión fijados por ALLIANZ, pero a consecuencia de la inexactitud en la declaración de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondiera por la edad real, la obligación de ALLIANZ se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si a consecuencia de la inexactitud en la declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, ALLIANZ estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.

OCUPACIÓN

Si el Contratante, cambia al Asegurado de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a ALLIANZ, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación. ALLIANZ, de aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo.

En caso de no dar aviso, ALLIANZ no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen a consecuencia de la nueva ocupación.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a ALLIANZ, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a ALLIANZ para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (Artículo 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

OBLIGACIÓN DE ASEGURAR

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte del grupo definido en la carátula. Asimismo se obliga a solicitar seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características dentro de los treinta días siguientes a su ingreso al grupo.

En caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, el alta de las personas que los soliciten, quedará sujeta a la aprobación previa de la ALLIANZ.

OTROS SEGUROS

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras Compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra Compañía. La participación de las distintas Compañías en un mismo siniestro será proporcional a la Suma Asegurada de cada póliza.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá recurrir ante las autoridades competentes que se encarguen de los procedimientos conciliatorios y/o arbitrales que dispongan las leyes aplicables.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene ALLIANZ por cada Accidente o Enfermedad cubierto, por lo que la suma de las indemnizaciones de los gastos médicos procedentes, liquidados por cualesquiera de los procedimientos establecidos: Reembolso, Pago Directo y Programación de Cirugías, por ningún motivo podrán exceder de la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza.

La Suma Asegurada irá disminuyendo conforme se realicen las liquidaciones de los gastos médicos procedentes, generando un Remanente de la Suma Asegurada. El cálculo del Remanente de la Suma Asegurada se obtiene de la siguiente forma:

Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos incluyendo el IVA, ajustándose a los límites establecidos en la carátula de la Póliza, a lo estipulado en el Contrato y a la Suma Asegurada o su Remanente.

A la cantidad resultante se le descontará el Deducible estipulado en la carátula de la Póliza y conforme a lo especificado en el presente Contrato.

Al monto resultante se le descontará el Coaseguro de acuerdo con el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza y a las especificaciones del Contrato. El monto resultante se llamará Monto Procedente y será el monto total a liquidar.

El Remanente de la Suma Asegurada se obtiene al descontar a la Suma Asegurada o a su Remanente, el Monto Procedente.

Cuando se otorgue un aumento de Suma Asegurada, los nuevos límites máximos de cobertura se aplicarán a los accidentes o enfermedades cubiertos que le ocurran al asegurado a partir de la fecha de dicho aumento.

En caso de accidentes y enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha del aumento, el reembolso de gastos médicos cubiertos se sujetará a los límites máximos de cobertura que a la fecha de ocurrencia del evento hayan estado vigentes.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente para cubrir nuevos Accidentes o Enfermedades. En ningún caso se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada, para un mismo Accidente o Enfermedad.

PAGO DE RECLAMACIONES

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a ALLIANZ de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. Dicho aviso deberá efectuarlo dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya presentado el evento.

En toda reclamación deberá comprobarse satisfactoriamente a ALLIANZ la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a ALLIANZ las formas de declaración correspondientes, que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro documento que ALLIANZ juzgue necesario para la mejor apreciación de la reclamación.

ALLIANZ sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales debidamente autorizados.

No se hará por parte de ALLIANZ pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración, ni se expidan recibos con los requisitos fiscales necesarios.

Las reclamaciones que resulten conforme al presente contrato serán liquidadas en las oficinas de ALLIANZ, en el curso de los 30 días hábiles siguientes a la fecha en que ALLIANZ haya recibido todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización, al Asegurado principal o a quien éste haya designado por escrito en el documento correspondiente.

INDEMNIZACIÓN POR DEMORA

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, beneficiario o tercero dañado, 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.

RESPONSABILIDAD CIVIL

Este contrato de Seguro no cubre gastos a consecuencia de: impericia, negligencia médica, atención deficiente, utilización de instrumentos, equipo, procedimientos, materiales o sustancias que resulten peligrosas, inadecuadas u obsoletas.

COBERTURAS DE CONTRATACION OPCIONAL (CON COSTO ADICIONAL)

CLÁUSULA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cláusula, ALLIANZ cubrirá las erogaciones que se originen por una emergencia o urgencia médica en el extranjero, de acuerdo a las condiciones estipuladas en este Contrato.

Una vez estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y por tanto los efectos de esta cláusula. En caso de que la emergencia cubierta origine gastos adicionales, estos únicamente podrán ser cubiertos si son erogados dentro del territorio nacional y hasta por la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica.

En toda reclamación que se origine por una emergencia en el extranjero, se le aplicará únicamente el deducible del equivalente en Moneda Nacional a \$60.00 US DLLS y, se pagarán gastos hasta la Suma Asegurada del equivalente en Moneda Nacional a \$60,000.00 US DLLS, sin aplicarse coaseguro.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cláusula es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será efectiva durante la vigencia de la póliza.

Las edades de aceptación para esta cláusula son a partir de los 31 días de nacido hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad.

CLÁUSULA DE COBERTURA EN EL EXTRANJERO LIMITADA

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cláusula, ALLIANZ extenderá la cobertura básica para amparar los gastos erogados fuera de la República Mexicana por Accidentes o Enfermedades cubiertos. Esta cláusula no otorga una Suma Asegurada adicional a la básica, únicamente amplía el beneficio básico para cubrir gastos erogados en el extranjero.

La suma de las indemnizaciones de los gastos médicos procedentes, erogados tanto en la República Mexicana como en el extranjero, por ningún motivo podrán exceder de la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza.

Para los gastos erogados en el extranjero se duplicarán los montos máximos establecidos en el apartado de Cobertura Básica del presente Contrato; Asimismo, los honorarios de médicos, cirujanos y ayudantes estarán limitados al 200% del Plan de Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) establecido en la carátula de la Póliza, vigente en el Distrito Federal a la fecha de la erogación de dichos honorarios.

El Deducible que se aplicará para los gastos erogados en el extranjero será el especificado en la Carátula de la Póliza y se deberá cubrir tanto por Accidente como por Enfermedad. El Coaseguro a descontar a dichas erogaciones será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza adicionando 10 puntos porcentuales más y se deberá cubrir tanto por Accidente como por Enfermedad.

Las edades de aceptación para esta cláusula son a partir de los 31 días de nacido hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad.

Los gastos cubiertos y exclusiones del Contrato mantendrán su vigencia en todos aspectos.

CLÁUSULA DE COBERTURA EN EL EXTRANJERO AMPLIA

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cláusula, quedarán amparados los gastos erogados fuera de la República Mexicana por Accidentes o Enfermedades cubiertos, de acuerdo a las condiciones estipuladas en este Contrato.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cláusula será igual a la especificada en la Carátula de la Póliza e independiente de la contratada en la cobertura básica o cualquier otra cláusula adicional.

Los gastos erogados en el extranjero, así como los honorarios de médicos, cirujanos y ayudantes estarán limitados al Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) del país y ciudad en donde se lleve a cabo la atención médica.

El Deducible que se aplicará para los gastos erogados en el extranjero será el equivalente en Moneda Nacional a \$500.00 US DLLS y se deberá cubrir tanto por Accidente como por Enfermedad. El Coaseguro a descontar a dichas erogaciones será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza adicionando 10 puntos porcentuales más y se deberá cubrir tanto por Accidente como por Enfermedad.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero, dentro del Territorio Nacional, operando en estos casos la Suma Asegurada y las condiciones contratadas en la cobertura básica.

Las edades de aceptación para esta cláusula son a partir de los 31 días de nacido hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad.

Los gastos cubiertos y exclusiones del Contrato mantendrán su vigencia en todos aspectos.

CLÁUSULA DE COBERTURA DENTAL

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cláusula, ALLIANZ cubrirá los gastos que a continuación se mencionan para la atención de padecimientos dentales, erogados dentro de la vigencia de la póliza:

-
- a) Honorarios Médicos, por concepto de:
- Historia clínica completo
 - Medicación
 - Radiología
 - Operatoria Dental
 - Endodoncia
 - Odontopediatría
 - Cirugía Dental
 - Anestesia
- b) Radiología:
- Radiografía Periapical
 - Radiografía de Aleta Mordible
 - Radiografía Oclusal
- c) Operatoria Dental en Adultos:
- Amalgama simple (una superficie del diente)
 - Amalgama compuesta (dos superficies del diente aún cuando no exista comunicación entre sí)
 - Amalgama compleja (tres o más sup. del diente, aunque no exista comunicación entre sí)
 - Resina simple (una superficie del diente)
 - Resina compuesto (más de una superficie del diente anterior)
- d) Endodoncia:
- Tratamiento de conductos de diente anterior
 - Retratamiento en diente anterior
 - Tratamiento de conductos en premolar
 - Retratamiento en Premolar
 - Tratamiento de conductos en Molar
 - Retratamiento en Molares
 - Apexificación (apicoformación) con dos citas incluidas para su control.
 - Apicectomía, cirugía periradicular en anterior
 - Apicectomía, cirugía periradicular en Premolar
 - Apicectomía, cirugía periradicular en Molar
 - Radicectomía o amputación Radicular
- e) Odontopediatría:
- Amalgama una superficie diente temporal
 - Amalgama compuesta molar deciduo (dos o más superficies, aun cuando no exista comunicación entre sí)
 - Resina una superficie, en diente anterior temporal
 - Resina compuesta dos superficies, en diente anterior temporal
 - Resina una superficie, en diente posterior temporal
 - Resina dos superficies, en diente posterior temporal
 - Pulpotomía
 - Extracción de diente temporal
 - Recolocación de dientes accidentalmente desplazados

- f) Cirugía :
- Extracción Simple
 - Extracción de restos radiculares o raíces expuestas
 - Remoción quirúrgica de diente impactado cubierto por hueso, elevación de mucoperiostio, remoción ósea y posible segmentación de diente.
 - Extracción de diente impactado en tejido blando.
 - Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa
 - Frenilectomía lingual
 - Frenilectomía labial
 - Obturación retrógrada
- g) Anestesia:
- Anestesia local superior
 - Anestesia local inferior

La presente cobertura esta limitada a que el tratamiento sea otorgado por la Red Odontológica ALLIANZ.

Exclusiones de esta cláusula:

- a) Operatoria Dental:
- Resina o Composite, en caras oclusales de dientes posteriores
- b) Endodoncia:
- Retratamientos donde la primer Endodoncia se atendió fuera de la vigencia de la póliza
- c) Radiología
- Serie radiográfica completa (14 Rxs)
 - Radiografía para articulación temporomandibular
 - Radiografía panorámica
 - Radiografía lateral de cabeza
 - Fotografías intraorales
- d) Cirugía
- Extirpación de tumor benigno, lesión de diámetro menor a 1.25 cms.
 - Extirpación de tumor benigno, lesión de diámetro mayor a 1.25 cms
 - Sutura de tejidos blandos faciales hasta 5 cms.
 - Regularización de procesos alveolares por cuadrante

- e) Odontopediatría
 - Selladores de foseas y fisuras por diente
 - Selladores de foseas y fisuras por cuadrante
 - Corona metálica con frente estético con resina
 - Corona de acero cromo
 - Pulpectomía en diente temporal

- f) Prótesis Dentales
- g) Paradoncia
- h) Cosmética Dental
- i) Medicamentos
- j) Tratamientos dentales no especificados dentro los gastos dentales explícitamente cubierto
- k) Gastos erogados por servicios prestados por odontólogos que no se encuentren afiliados a la Red Odontológica ALLIANZ.
- l) Odontología preventiva

CLÁUSULA DE COBERTURA DE LENTES

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cláusula, ALLIANZ cubrirá el costo de anteojos bifocales o monofocales, así como de lentes de contacto, bajo las siguientes condiciones:

- a) Cada Asegurado podrá presentar como máximo una reclamación anual por este concepto.
- b) La cobertura máxima por reclamación será de un Salario Mínimo General Mensual Vigente en el D.F.
- c) La presente cobertura esta limitada a que el beneficio sea otorgado por la Red Óptica de ALLIANZ.
- d) En toda reclamación se aplicará un Deducible de \$75.00 por evento y no se aplicará Coaseguro alguno.