

Seguro de Accidentes Personales Colectivo

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula Primera. - Definiciones

Para los efectos del presente Contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado: Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato. Bajo esta Póliza quedará amparado el Asegurado Titular y, de estar expresamente asentado en la Carátula de la Póliza, los Dependientes Económicos del mismo que ahí se especifiquen.

Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro. Para efectos del presente contrato, el Beneficiario podrá ser el propio Asegurado.

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma invasivo mayor a 0.75mm.

Cáncer Primario: Es aquel Cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza.

Cáncer in situ: Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (Neoplasia), por cambios en la estructura interna (Relación citoplasma – núcleo), sin rebasar más allá de la membrana basal.

Compañía y/o Aseguradora: Chubb Seguros México, S.A.

Condición Médica: Cualquier enfermedad o lesión que este Contrato no excluya.

Contratante: Es aquella persona moral o física (mayor de dieciocho (18) años) que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

Contrato de Seguro: Es el documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Estas condiciones generales, la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del contrato de seguro.

Dependientes Económicos o Familia Asegurable: Se consideran como Dependientes Económicos del Asegurado Titular a las siguientes personas, siempre y cuando estén dentro de los límites establecidos en la carátula de la Póliza:

- El cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Art. 1635 del Código Civil para la Ciudad de México, en materia común y para toda la República en materia federal;
- Los hijos de doce (12) años de edad a dieciséis (16) años; adicionalmente también estarán cubiertos los hijos en un rango de dieciséis (16) a veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico.

En caso de haber cobertura para los Dependientes Económicos, éstos deberán aparecer expresamente mencionados en la carátula de la Póliza, especificando qué coberturas les aplican de acuerdo a las coberturas contratadas.

Día de hospitalización: Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

Diagnóstico: Es la identificación que hace un Médico Especialista de la enfermedad que sufre el Asegurado, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes, siguiendo un razonamiento analógico.

Diagnóstico de Cáncer: Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de la que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba patológica.

Endoso: Documento generado por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad: Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor.

Enfermedad Grave: Para efectos del presente contrato de seguro, se considerará como Enfermedad Grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

Enfermedades o Padecimientos Preexistentes: Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades 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 al inicio de cobertura del ASEGURADO bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

1. La ASEGURADORA sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el ASEGURADO haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la ASEGURADORA, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al ASEGURADO que se someta a un examen médico.

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

3. En el caso de que el ASEGURADO manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la ASEGURADORA podrá aceptar el riesgo declarado.
4. El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la ASEGURADORA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por la ASEGURADORA.

Especialista: Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza.

Fecha de inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

Fecha de Renovación: La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para esta Póliza en la fecha de renovación respectiva.

Grupo o Colectividad Asegurada: Es el conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.

Hospital: Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Indemnización: Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

Invalidez Total y Permanente: Es la Invalidez que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de seis (6) meses.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente sin que opere el periodo continuo de seis (6) meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos;
- La pérdida de ambas manos o ambos pies;
- La pérdida de una mano un pie y;
- La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un Médico especialista debidamente sustentada.

Aunque el accidente que provoque el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los seis (6) meses posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Invalidez Total y Temporal: Es la Incapacidad total que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente para el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un Hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge de los Beneficiarios de este seguro

Pérdida Orgánica: Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien, su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista del ojo que se pierde. La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos. Si en la fecha del accidente, el Asegurado ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo ésta Póliza.

Periodo de Espera: Periodo de tiempo que se estipula debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura. Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer habrá un Periodo de Espera de ciento ochenta (180) días naturales posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula de la Póliza. Este periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro. Para la cobertura de Enfermedades Graves habrá un Periodo de Espera de noventa (90) días.

Póliza: Es el testimonio del contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, el cual se integra por la Póliza, sus endosos y anexos.

Pruebas Patológicas: Todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de esta Póliza. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por médico legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

Suma Asegurada: cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.

Cláusula Segunda. - Coberturas

1. Cobertura Básica

1.1 Muerte Accidental

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

De la Suma Asegurada anterior se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta Póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo Accidente que provocó la muerte del Asegurado.

2. Coberturas Opcionales

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula y/o especificación de la Póliza:

2.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto e independientemente de cualquier otra causa el Asegurado, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, además de lo establecido en la cláusula de Pruebas y Documentos para el pago de la Indemnización, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

2.2 Invalidez Total y Temporal por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa el Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del mismo, sufre un estado de Invalidez Total y Temporal, la Compañía pagará, mientras subsista dicho estado, la indemnización proporcional, por cada día de esta cobertura

por un periodo que no excederá de cuatro (4) años, contados desde la fecha del Accidente. En todo caso, la Suma Asegurada estipulada en la Carátula y/o Especificación de la Póliza para esta cobertura, es mensual.

2.3 Pérdidas Orgánicas

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla:

Tabla de Indemnización

Escala A	
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Escala B	
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano incluyendo el dedo pulgar o el índice	25%
La audición total e irreversible de ambos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	15%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- I. Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- II. Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- III. Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- IV. En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Responsabilidad Máxima

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado.

2.4 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los mencionados gastos, previa comprobación.

El reembolso de gastos médicos tendrá las limitaciones siguientes:

1. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase, y tratamientos de ortodoncia se cubren hasta el límite del quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada contratada para esta sección.
2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta un máximo del cinco por ciento (5%) de la Suma Asegurada contratada para esta sección.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados, disminuyen en la misma cantidad la Suma Asegurada de esta sección.

No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una Institución Hospitalaria.

La Compañía tan sólo cubrirá los honorarios de médicos y enfermeras graduadas y oficialmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura serán las que se estipulen en la carátula de la Póliza.

Límite de Pago de Siniestros

La Aseguradora tendrá la obligación de cubrir el pago de los siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, que para efectos de este seguro será de trescientos sesenta y cinco (365) días terminada la vigencia de la Póliza, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Aseguradora

En caso de duda en cuanto al reconocimiento de la procedencia del gasto médico realizado, la Aseguradora podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del Siniestro.

- o El Asegurado deberá autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia Médico-Hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- o Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante.
- o Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Otros Seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en ésta u otras Aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a la Aseguradora fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

2.5 Gastos Funerarios

Con la contratación de este seguro, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, para cubrir sus Gastos Funerarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La Suma Asegurada se pagará al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado la carátula de la Póliza.

En caso de que se contrate la cobertura de Gastos Funerarios para Dependientes Económicos menores de doce (12) años de edad, el límite de Suma Asegurada será la contratada para esta cobertura, siempre que no sea mayor a sesenta (60) veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Área Geográfica Única del país en la fecha del siniestro.

2.6 Enfermedades Graves

La Compañía pagará al Asegurado la Indemnización contratada que aparezca en la Carátula de la Póliza, en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante, siempre y cuando la Enfermedad Grave ocurra estando en vigor la Póliza:

1. **Infarto al Miocardio:** Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:
 - a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro de Infarto al Miocardio dentro de las veinticuatro (24) horas anteriores a dicha hospitalización;
 - b) Historial del típico dolor de pecho, indicativo de enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva); y
 - c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG o aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de un Infarto agudo al Miocardio.

Se Excluye:

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando el infarto al miocardio sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) infarto al miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
- b) los siguientes padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:
 - i. diabetes mellitus tipos 1, 2 e ideopática;
 - ii. hipertensión arterial;
 - iii. obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (imc) mayor a 30 unidades. las unidades en que están dados los índices de masa corporal, se obtienen mediante la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para considerar a alguien obeso mórbido es que el índice de masa corporal sea de 30 o más unidades kg/e2.

2. Apoplejía: Cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- a) Infarto del tejido cerebral;
- b) Hemorragia de un vaso intracraneal;
- c) Embolia de fuente extracraneal.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

Se Excluyen:

1. Ataques isquémicos transitorios

3. Insuficiencia Renal Crónica: Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Insuficiencia Renal Crónica.

Se Excluye:

No está asegurada la insuficiencia renal crónica en Asegurados diabéticos, cuando ésta sea

consecuencia de dicha enfermedad; sin embargo, si el Asegurado demuestra haber estado continuamente Asegurado con un seguro de enfermedades graves durante al menos diez (10) años en ésta o cualquier otra Compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

4. Cirugía Coronaria: Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (bypass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Riesgo Cubierto

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Cirugía Coronaria.

Se Excluye

1. Trombólisis Mediante Cateterismo Coronario.

5. Esclerosis Múltiple: Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

Riesgo Cubierto

Diagnóstico definitivo e inequívoco de neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de Esclerosis Múltiple caracterizada, al menos, por persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones; aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada en una silla de ruedas.

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

6. Parálisis de Extremidades: Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Riesgo Cubierto

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

Se Excluye

- 1. Parálisis Ocasionada por Apoplejía.**
- 2. Parálisis Ocasionada por Esclerosis Múltiple.**

7. Trasplante de Órganos Vitales

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto

Estará cubierto el Trasplante de Órganos Vitales como consecuencia de una enfermedad, diferente de una Enfermedad Grave, que le ocurra al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza.

Para efectos de esta cobertura estará cubierto el Trasplante de los Órganos Vitales que se indican a continuación:

- Corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea.

Se Excluye:

- a) Cualquier gasto incurrido por el donante**
- b) Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos Monoventriculares y Biventriculares que asistan a la función del corazón.**

Periodo de Espera para la Cobertura de Enfermedades Graves: Para cada Asegurado amparado por esta cobertura existirá un Periodo de Espera de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o desde la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda.

En caso que al Asegurado le sea diagnosticada alguna de las Enfermedades Graves descritas en la Póliza dentro del mencionado Periodo de Espera, se considerará excluida de cobertura dicha Enfermedad Grave, no teniendo la Compañía obligación de pagar los beneficios de la Póliza.

No se exigirá Periodo de Espera en las renovaciones del plazo de vigencia de la Póliza, en tanto se den en forma continuada, sin interrupción alguna.

Limitación de Cobertura

- o Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- o El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de dicha cobertura.
- o En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los Beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

Si la Enfermedad Grave o trasplante de órganos ocurre dentro del Periodo de Espera de noventa (90) días transcurrido a partir de la fecha de inicio de vigencia, la Compañía no efectuará ninguna indemnización, y su obligación se limitará a reembolsar al Asegurado las primas pagadas.

2.7 Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, y siempre y cuando la misma se encuentre en vigor al momento de la ocurrencia del siniestro, pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada que corresponda a esta cobertura especificada en la carátula de Póliza, si después de haber transcurrido el periodo de espera de ciento ochenta (180) días, se le diagnostica por primera vez en la vida el padecimiento de Cáncer, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.

Periodo de Espera para la Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Para cada Asegurado amparado por esta cobertura existirá un Periodo de Espera de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza o desde su rehabilitación o desde la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda.

Por lo tanto, solo estará cubierto el primer Diagnóstico Clínico de Cáncer que se haya iniciado después de transcurrido el Periodo de Espera y en tanto haya sido emitido durante la vigencia de la Póliza. En caso contrario, la Compañía devolverá, si corresponde, las primas pagadas durante el Periodo de Espera, hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.

No se exigirá Periodo de Espera en las renovaciones del plazo de vigencia de la Póliza, en tanto se den en forma continuada y sin interrupción alguna.

2.8 Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado, el pago del cual quedará a cargo de éste.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados:

- i. Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- ii. Hasta trescientos sesenta y cinco (365) Días de Hospitalización, lo que ocurra primero.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas (con diferencia menor a 72hrs), como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el número máximo de eventos para esta cobertura.

2.9 Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado, el pago del cual quedará a cargo de éste.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados:

- i. Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- ii. Hasta trescientos sesenta y cinco (365) Días de Hospitalización, lo que ocurra primero.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas (con diferencia menor a 72 hrs.), como consecuencia del mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el número máximo de eventos para esta cobertura.

Cláusula Tercera. - Exclusiones Generales

Las coberturas mencionadas para este seguro no amparan la muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, enfermedad grave, gastos médicos u hospitalización que deriven de lo siguiente:

- A. SIDA y VIH: cualquier fallecimiento, invalidez, pérdida orgánica, enfermedad grave, gastos médicos por accidente u hospitalización que resulte o se relacione, directamente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**

- B. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización derivada de accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
- i. Aviación privada, en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
 - iii. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - iv. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- C. Alcohol y drogas: cualquier muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización por accidente originado por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes. tampoco se cubrirá muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización por accidente que provenga de algún síndrome de dependencia alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de dependencia alcohólica.**
- D. Maternidad y sus complicaciones.**
- E. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- F. Condiciones o padecimientos preexistentes. para la cobertura de invalidez, no se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior a la contratación de la Póliza.**
- G. Carreras: por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.**
- H. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- I. Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- J. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

Exclusiones para la cobertura de enfermedades graves

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- Enfermedades preexistentes o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la Póliza.**
- Enfermedades congénitas.**
- Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro**

de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.

- Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio;
- Enfermedad grave originada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un médico;
- Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Enfermedades graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:

- Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehiculos de cualquier tipo.
- Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.
- Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
- la práctica profesional de cualquier deporte.
- El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.
- Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.
- Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.

Enfermedades graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:

- El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.

Exclusiones para la cobertura de indemnización por diagnóstico de cáncer

- A. Los tumores benignos.
- B. Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- C. Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por estudio histológico como “pre-malignos”, cáncer cérvicouterino “in situ” y cáncer de próstata “in situ”.
- D. Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- E. Todo cáncer cuyo “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación

de la Póliza o durante el periodo de espera.

F. Sarcoma de kaposi.

G. Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.

H. Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.

Cláusula Cuarta. - Edad

La edad máxima y mínima del Asegurado para la contratación del presente seguro será la que se estipule en la caratula de la Póliza. La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará al aniversario de la Póliza inmediato posterior en que éste cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la carátula de la Póliza.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del contrato de seguro o con posterioridad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la reserva matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula Quinta. - Procedimiento en Caso de Siniestro

1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

2. Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

3. Documentos para el Pago de Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presente a la Compañía los siguientes documentos:

Para la Cobertura de Muerte Accidental:

1. Formato de reclamación.
2. Carta reclamación.
3. Original y Copia de Identificación oficial del Asegurado que contenga foto y firma.
4. Original y Copia de Identificación oficial del Beneficiario que contenga foto y firma.
5. Acta de defunción del Asegurado.
6. Acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiario.
7. Acta del Ministerio Público.
8. Acta de matrimonio (solo si el Beneficiario es el cónyuge).

Para las Coberturas de Invalidez por Accidente:

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Dictamen de Invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
3. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado.
5. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
6. Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.

Para la Cobertura de Pérdidas Orgánicas:

1. Formato de reclamación.
2. Copia de la identificación oficial del Asegurado que contenga foto y firma (IFE, Pasaporte, Cédula Profesional).
3. Carta Reclamación (Relato de hechos indicando fecha de ocurrido y mecanismo de la lesión).
4. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público, en su caso.
5. Documento que compruebe la Pérdida Orgánica.

Para la Cobertura de Gastos Médicos por Accidente:

1. Formulario de reclamación de beneficios llenado por el Asegurado y médico.
2. Reporte de accidente.
3. Certificado médico del hospital indicando causa y días de hospitalización.
4. Copia de historia clínica.
5. Informe médico firmado por el médico tratante.
6. Recibos originales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras, que cumplan con los siguientes requisitos:
 - a) A nombre del Asegurado.
 - b) Número de cédula profesional.
 - c) Registro de la Secretaría de Salud.
 - d) Registro Federal de Contribuyentes.

- e) Número de folio.
 - f) En el recibo se debe mencionar el tipo de atención proporcionada (anestesia, consulta médica, honorarios quirúrgicos, etc.)
7. En caso de facturas de farmacia, laboratorios o rayos X, deben venir acompañadas de las recetas médicas, resultados e interpretación respectivamente.

Para la Cobertura de Gastos Funerarios:

1. Formato de reclamación.
2. Carta de reclamación.
3. Original y Copia de Identificación oficial vigente del Asegurado que contenga foto y firma.
4. Copia del acta de nacimiento del Asegurado afectado.
5. Original y Copia de Identificación oficial del Beneficiario que contenga foto y firma.
6. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.

Para la Cobertura de Enfermedades Graves:

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la identificación oficial del Asegurado que contengan foto y firma (IFE, Pasaporte o Cédula Profesional).
3. Original del Informe Médico y/o Historia Clínica, pruebas radiológicas, histológicas y/o de laboratorio que sustenten la solicitud de pago.
4. Copia de los resultados de los estudios realizados (Electrocardiograma, Rx, Enzimas cardíacas).
5. Copia de la factura del hospital o Constancia de Hospitalización.

Para la Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la identificación oficial (IFE; Pasaporte o Cédula Profesional).
3. Carta reclamación (Relato de hechos indicando fecha de ocurrido y mecanismo de lesión).
4. Copia de Informe médico y/o Historia Clínica.
5. Original o copia certificada del estudio patológico que indique el diagnóstico definitivo de Cáncer, mismo que deberá estar firmado y sellado por el médico especialista en patología humana, así como membretado por la institución que lo elabore.

Para las Coberturas de Hospitalización:

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Informe médico que indique fecha de inicio de signos y síntomas del padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
3. Nota de primera atención por el padecimiento que motiva la hospitalización, que indique mecanismo de lesión, condiciones clínicas al ingreso a la unidad en que recibió la atención, diagnóstico y tratamiento, firmada por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
4. Historia clínica completa que refiera a detalle antecedentes personales patológicos y evolución del padecimiento, firmada por el médico que elabora y con los datos generales del mismo.
5. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del hospital.
6. Interpretación médica de todos los estudios realizados.
7. Identificación oficial vigente.
8. Actuaciones ministeriales y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
9. Estudios médicos en original.
10. Factura emitida por el hospital derivada del evento que se reclama, con desglose de gastos generados por la hospitalización.
11. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.