

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)

Se anexa a la Póliza No.: VI0002021361
Expedido a Nombre de: SEGUPREMIA TITULAR CASOSIETE

DEFINICIONES

Para la interpretación de esta Cláusula Adicional las partes están de acuerdo en que los siguientes términos tendrán los significados que a continuación se detallan, salvo que del propio texto se pueda dar una interpretación diferente a los términos que a continuación se enuncian:

ACCIDENTE.- Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales o la muerte.

ACCIDENTE AMPARADO.- Todo accidente, cubierto por la presente Cláusula Adicional.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo Evento.

En caso de que el Asegurado reciba atención médica después de los 30 días posteriores al accidente, dicha atención se considerará como enfermedad.

ASEGURADO.- La persona física designada en la carátula de esta póliza, sobre cuya vida se celebra este contrato.

BENEFICIARIO.- El Beneficiario principal de la Cobertura del IDH es el propio Asegurado. En caso de que el Asegurado fallezca antes de que alcance a cobrar el beneficio del IDH el beneficio se pagará a la persona que le corresponda percibir el beneficio correspondiente a la Cobertura Básica a la que se adhiere esta Cláusula Adicional.

CONTRATANTE.- Para los efectos de este seguro, se entiende por "Contratante" la persona física o moral, que con el consentimiento del Asegurado, ha solicitado la expedición de esta póliza y que se obliga con la Institución al pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan.

En caso de fallecimiento del Contratante, los derechos y obligaciones que para él establece este contrato pasarán a ser del Asegurado.

Cuando el Contratante sea la misma persona que el Asegurado, a ella corresponderán los derechos y obligaciones que para uno y otro establece este contrato.

ENFERMEDAD AMPARADA.-Toda alteración en la salud, diagnosticada por un médico legalmente autorizado, que

sufra el Asegurado y que tenga como consecuencia la hospitalización del Asegurado, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y se trate de una alteración que no esté excluida expresamente.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

ENFERMEDAD CONGÉNITA.- Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

EVENTO.- Cualquier accidente o enfermedad amparados que sufra el Asegurado

HOSPITAL.- Institución legalmente autorizada para proporcionar atención médica y quirúrgica.

HOSPITALIZACIÓN.- Se entenderá por hospitalización al periodo de tiempo que sea estrictamente necesario que un Asegurado permanezca internado en un Hospital como consecuencia de alguna Enfermedad Amparada o Accidente Amparado.

Para que el Asegurado tenga derecho al pago del IDH, deberá permanecer hospitalizado durante un periodo continuo mínimo de 48 horas contadas a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno al Hospital.

IDH.- La cantidad fija diaria que pagará la Aseguradora al Asegurado como beneficio único por día en que el Asegurado permanezca hospitalizado. Dicho monto se indica en la carátula de la póliza.

MUERTE NO ACCIDENTAL.- La muerte del Asegurado como consecuencia diferente a la de un accidente

MÉDICO TRATANTE.- Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico cirujano y designada libremente por el propio Asegurado para proporcionarle atención médica.

PERIODO DE ESPERA.- Es el tiempo mínimo de 2 años que ininterrumpidamente deben de transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza del Asegurado afectado y la fecha del evento, para que los beneficios sean cubiertos de acuerdo a las condiciones de esta póliza.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

PERIODO DE CARENCIA

Cuando el Asegurado tenga al menos sesenta días de cobertura continua en la póliza se cubrirán las Enfermedades Amparadas, salvo que se trate de alguna enfermedad de las que se enlistan a continuación, las cuales se cubrirán en forma inmediata, o bien, aquellas indicadas como Padecimientos con Periodo de Espera en términos de este mismo Beneficio Adicional:

- A) Apendicitis Aguda;
- B) Intoxicación Alimentaria;
- C) Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso; y
- D) Golpe de Calor o insolación.
- E) Infarto Agudo al Miocardio; y
- F) Enfermedad Vascolar Cerebral (EVC)

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante "La Institución" pagará a los Asegurados que tengan contratado este Beneficio Adicional de Indemnización Diaria por Hospitalización ("IDH"), la cantidad diaria que corresponda conforme a la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, por cada día que permanezca hospitalizado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparadas, en los términos y con las condiciones que más adelante se establecen.

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NO ACCIDENTAL (MUERTE NO ACC)

Si el Asegurado fallece por cualquier causa distinta a la de un accidente, la Institución pagará a los beneficiarios de esta póliza el importe de la Indemnización por Muerte No Accidental que se indica en la carátula de la póliza.

COBERTURA DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS POR SUPERVIVENCIA

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Vencimiento indicada en la carátula de la póliza, y habiéndose pagado la totalidad de las primas del seguro, la Institución pagará en una sola exhibición al Asegurado de esta póliza el importe de Suma Asegurada correspondiente a la cobertura Devolución de Primas por Supervivencia que se indica en la carátula de la póliza

En caso de que a la Fecha de Vencimiento el Asegurado sea menor de edad la Institución pagará esta cobertura en una sola exhibición al Contratante de la póliza.

LIMITACIÓN AL BENEFICIO

El periodo máximo de tiempo de hospitalización que la Aseguradora estará obligada a pagar por Evento son 180 días ininterrumpidos y en ningún caso, la Aseguradora estará obligada a pagar más de dos Eventos por año.

PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA

Una vez transcurrido el Período de Espera, se cubrirán los gastos médicos de los padecimientos relacionados con los órganos o estructuras anatómicas que se mencionan a continuación:

Amígdalas, adenoides, columna vertebral, vesícula biliar, colon y/o recto, aparato reproductor femenino así como piso pélvico, glándula mamaria, aparato reproductor masculino, próstata, litiasis renoureteral, defectos de pared (hernias o eventraciones) y rodilla.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

No se encuentran amparados por esta Cláusula Adicional, ningún padecimiento preexistente, entendiéndose por estos, aquellas lesiones o enfermedades que, con anterioridad a la fecha de contratación de la Póliza, hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos:

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 institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el

resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

En caso de que la Compañía notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, éste podrá acudir ante un arbitraje médico privado previo acuerdo entre ambas partes. En tal supuesto, desde ahora, Seguros Monterrey New York Life acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al reclamante, y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

Ambas partes deberán de firmar el convenio arbitral antes de iniciar el procedimiento. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por Seguros Monterrey New York Life.

EXCLUSIONES

No se encuentran amparados por esta Cláusula Adicional, ninguno de los padecimientos que se describen a continuación o que hayan tenido su origen en alguno de los siguientes hechos:

- a) Participar en actos de guerra, rebelión, actos delictivos, motín, revolución, situaciones bélicas o riña.
- b) Hospitalización por enfermedades preexistentes y/o enfermedad congénita.
- c) Hospitalización por padecimientos o procedimientos derivados de intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- d) Hospitalización por padecimientos o procedimientos derivados de bulimia o anorexia.
- e) Hospitalización por cesárea, parto, y/o legrado uterino.
- f) Los tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual salvo que sean consecuencia directa de una enfermedad amparada o accidente amparado.
- g) Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o procurar la procreación así como sus consecuencias y complicaciones, incluyendo gastos relacionados con la atención de el o los recién nacidos y la madre como consecuencia de un tratamiento de fertilidad y/o esterilidad.
- h) Hospitalización por padecimientos o procedimientos cosméticos, estéticos, plásticos, cambio de sexo y/o reconstructivos así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- i) Hospitalización por padecimientos o procedimientos dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales, excepto las que sean a consecuencia de un accidente amparado durante la vigencia de la póliza.

- j) Hospitalización por padecimientos o procedimientos y/o sus complicaciones para calvicie, obesidad y reducción de peso.
- k) Hospitalización por padecimientos o procedimientos y/o sus complicaciones secundarios a alcoholismo y/o drogadicción.
- l) Hospitalización por padecimientos o procedimientos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
- m) Hospitalización por cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un accidente amparado durante la vigencia de la póliza.
- n) Hospitalización por tratamientos o procedimientos experimentales.
- o) Hospitalización para chequeo médico o estudios de diagnóstico.
- p) Hospitalización por donación de órganos.
- q) Hospitalización por fisioterapia excepto en aquellos casos en los que médicamente, debido al padecimiento o diagnóstico, la hospitalización para fines fisioterapéuticos sea estrictamente necesaria e indicada por el médico tratante, cubriéndose hasta un máximo de 15 días consecutivos por evento.
- r) Hospitalización por padecimientos psiquiátricos, demencia senil
- s) Hospitalizaciones que no sean médicamente necesarias e indicadas por el médico tratante.
- t) Hospitalización que se necesite derivada de enfermedades, accidentes o lesiones que se originen por realizar las actividades, trabajos o deportes peligrosos siguientes:
 - 1) Colaborar o trabajar en cualquier organismo policiaco, militar, de seguridad pública o privada o que utilice armas para desempeño de su trabajo.
 - 2) Practicar paracaidismo, parapente o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, rapel, lucha (de cualquier tipo), ala delta, rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales, o cualquier deporte profesional.
 - 3) Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia.
 - 4) Conducir motocicletas terrestres o acuáticas y/o vehículos aéreos.
 - 5) Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.
 - 6) Trabajar como bombero, electricista que maneje media y/o alta tensión, personas que manejen sustancias peligrosas y/o explosivos y trabajos en grandes alturas o subacuáticas.
 - 7) Eventos ocurridos fuera de territorio nacional.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

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

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Las reclamaciones que efectúe el Asegurado al amparo de esta póliza, deberán ser presentadas en las formas que le proporcionen Seguros Monterrey New York Life. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que estén en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite Seguros Monterrey New York Life relativas a la realización de la enfermedad o accidente amparados.

Seguros Monterrey New York Life tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionada con la enfermedad o accidente amparado, la reclamación o las pruebas aportadas.

El ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos, u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que Seguros Monterrey New York Life practique o intente practicar, liberarán a Seguros Monterrey New York Life de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

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

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

DISPUTABILIDAD

La omisión o inexactitud en las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo, facultará a Seguros Monterrey New York Life para rescindir de pleno derecho esta póliza o cualquiera de sus renovaciones, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro y sin que resulte aplicable el periodo de indisputabilidad contemplado en las condiciones contractuales correspondientes a la Cobertura Básica.

RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN

En ningún caso Seguros Monterrey New York Life será responsable ante el Asegurado, sus dependientes, beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurra cualquier prestador de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado.

UNIFICACIÓN DE CONCEPTOS

Para todo lo no expresamente previsto en la presente Cláusula Adicional, le resultará aplicable lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica a la que se agrega la presente. En caso de controversia entre lo dispuesto en la presente Cláusula y las Condiciones Generales de la Cobertura Básica prevalecerá la presente Cláusula.

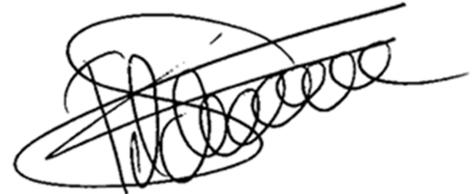
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de esta cláusula terminará de manera automática:

- a) Al transcurrir los años de cobertura de la presente cláusula que se estipulan en la carátula de la póliza; o
- b) Por falta de pago de la prima o de cualquiera de sus parcialidades pactadas.

Salvo que expresamente en la presente Cláusula Adicional se establezca lo contrario, le serán aplicables en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se agrega.

CUERNAVACA, MOR. EL DIA 30 DE NOVIEMBRE DE 2012



**Lic. Víctor Adrián Feldmann González
DIRECTOR NACIONAL LÍNEAS PERSONALES**