

ÍNDICE

Preliminar	2
Definiciones	3
Generalidades	4
Vigencia del Contrato	6
Beneficios	
Cobertura Básica Indemnización por Primer Diagnóstico.	6
1. Insuficiencia Renal Crónica	6
Exclusión Particular	6
2. Infarto al Miocardio	6
Exclusiones Particulares	6
3. Cáncer Cérvico Uterino	6
Exclusiones Particulares	6
4. Cáncer de Próstata	6
Exclusiones Particulares	6
5. Apendicitis Aguda	6
Exclusiones Particulares	6
6. Neumonía o Pulmonía	6
Exclusiones Particulares	6
7. Enfermedades Cerebro Vasculares	7
Exclusiones Particulares	7
8. Pérdida Total de la Vista de Ambos ojos	7
Asistencia Médica	7
1. Asistencia Médica Telefónica	7
2. Envío de Ambulancia Terrestre	7
3. Envío de Médico a Domicilio	7
4. Referencia a Red Médica Preferencial	7
5. Asistencia Emocional Telefónica	7
6. Referencia a Red Preferencial de Servicios	7
7. Segunda Opinión Médica Telefónica	7
8. Referencia a Red Preferencial de Laboratorios	7
9. Plan Dental	7
Exclusiones Generales	7

¿Cómo activar su seguro?

Paso 1.- Comuníquese de manera gratuita a la Línea Seguros Azteca **01800 810 81 81** del Interior de la República o al teléfono **17 20 98 54** desde la Ciudad de México y zona metropolitana, dentro de los **5 días siguientes a la fecha de la compra**. Sin embargo, usted cuenta con un periodo de activación de 365 días naturales después de la fecha de la compra.

Paso 2.- Ahí le atenderá un operador, al cual le deberá proporcionar los siguientes datos:

- Nombre completo del Asegurado
- Domicilio
- Fecha de nacimiento
- Teléfonos donde podamos contactarlo
- Número de Folio
- Sexo

Paso 3.- Al momento de la activación, por su seguridad para evitar un mal uso del mismo, deberá anotar la siguiente información:

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Número de póliza
- Fecha de activación

¿Qué hacer en caso de siniestro?

El Asegurado o beneficiario(s), en su caso, una vez transcurrido el Periodo de Supervivencia descrito más adelante y teniendo conocimiento del siniestro, deberá presentarse en las oficinas de la Aseguradora o en cualquier sucursal de las tiendas Elektra, Salinas y Rocha o Bodega de Remates e informar del Primer Diagnóstico de alguno de los Padecimientos Cubiertos por la póliza.

El ejecutivo de la tienda le proporcionará el formato de reclamación, en donde podrá consultar los documentos necesarios para solicitar el pago del seguro. Una vez reunidos todos los requisitos, deberá entregarlos al ejecutivo de la tienda o en las oficinas de la Aseguradora, cerciorándose que la documentación este completa para evitar el retraso de su trámite.

En caso de haber presentado la reclamación en las sucursales de las tiendas Elektra, Salinas y Rocha o Bodega de Remates, ésta se entenderá como recibida directamente por la Aseguradora.

Preliminar – Seguros Azteca, S. A. de C. V. y el titular de la póliza que en lo sucesivo se denominará “el Asegurado”, han convenido las coberturas y las sumas aseguradas que aparecen en la carátula de esta póliza como contratadas, en consecuencia, aquellas que no se señalan como amparadas no tendrán validez entre las partes, aun cuando se consignan y regulan en estas condiciones.

Los riesgos que pueden ampararse bajo esta póliza, quedan definidos en la cláusula **Beneficios** y cuya contratación se indica por las anotaciones correspondientes en la carátula de esta póliza, quedando sujetas a los límites de responsabilidad que en ella se mencionan.

Pago de la Indemnización – El asegurado o beneficiario(s) designado(s) tendrán derecho a cobrar directamente de la Aseguradora, la suma asegurada que

corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este Contrato.

La Aseguradora pagará la indemnización que proceda dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Indemnización por Mora – En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

...“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que existamora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos

sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios

Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”...

Beneficiarios – En el caso de Indemnización por Primer Diagnóstico de alguno de los padecimientos que cubre el seguro, el importe de la Suma Asegurada se pagará al propio asegurado, a falta de éste se pagará a su Cónyuge y a falta de éste se pagará en partes iguales a los hijos del Asegurado que tengan la mayoría de edad. A falta del Cónyuge y de hijos mayores de edad el importe de la Suma Asegurada, se pagará a la sucesión del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a cambiar dicha designación en cualquier momento, para lo cual deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora.

Advertencia: En el caso de que se nombre beneficiario(s) a menores de edad, NO SE DEBE señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

¿Qué hacer en caso de extravío de la póliza?

Una vez activada su seguro, en caso de extravío se podrá solicitar una impresión de la póliza acudiendo a cualquier sucursal de las tiendas Elektra, Salinas y Rocha, Bodega de Remates o directamente a la Aseguradora.

DEFINICIONES

Asegurado – Es el cliente, persona física, que cumple con las siguientes características:

- a) Adquirió el seguro,
- b) Activó el seguro de acuerdo con los procedimientos señalados para tal efecto,

c) Y no ha sido diagnosticado previamente al inicio de vigencia de este seguro con ningún padecimiento cubierto en esta póliza.

Contrato – La póliza, las Condiciones Generales, los Endosos que se agreguen, así como el comprobante de pago de la prima de este seguro, constituyen testimonio del Contrato de Seguro, celebrado entre el asegurado y la Aseguradora.

La Aseguradora hará entrega al Asegurado de un ejemplar de la póliza y de las condiciones generales aplicables.

Diagnóstico – Confirmación del estado de salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente asegurado, así como la valoración de sus síntomas y signos, con el apoyo de estudios de laboratorio, gabinete y resumen clínico.

Endoso – Documento emitido exclusivamente por la Aseguradora que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

Enfermedad – Es la alteración en la salud del Asegurado,

diagnosticada durante la vigencia de la póliza por un profesional de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

Enfermedad Congénita – Alteración del estado de 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 del nacimiento o después del mismo.

Médico – Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con Cédula profesional legalmente autorizado por el país en que ejerce su profesión.

Médico especialista – Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalado por el colegio de la especialidad de que se trate.

Padecimientos Cubiertos – Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado por cualquiera de los padecimientos expresamente especificados a continuación, cuyo primer diagnóstico ocurra mientras se encuentre vigente la presente póliza:

Para efectos del presente contrato, se establecen las siguientes definiciones:

- 1. Insuficiencia Renal Crónica:** Es la falla total e irreversible de la función de ambos riñones al grado de requerir de Diálisis peritoneal, Hemodiálisis o Trasplante renal.
- 2. Infarto al Miocardio:** Es la muerte de un territorio del musculo cardiaco como resultado de la interrupción súbita del flujo sanguíneo de una o varias arterias coronarias.
- 3. Cáncer Cérvico Uterino:** Es el crecimiento incontrolado de células malignas con la consiguiente invasión y destrucción del tejido normal en el cuello del útero.
- 4. Cáncer de Próstata:** Es el crecimiento incontrolado de células malignas con la consiguiente invasión y destrucción del tejido normal de la próstata.
- 5. Apendicitis Aguda:** Es la inflamación aguda y progresiva del apéndice cecal acompañado o no de perforación o peritonitis, pero siempre con el requerimiento de cirugía.
- 6. Neumonía o Pulmonía:** Es la infección del parénquima pulmonar, con distribución lobar, segmentaria o centrolobulillar.
- 7. Enfermedades Cerebro vasculares:** Son el grupo de enfermedades que afectan los vasos sanguíneos del cerebro principalmente por oclusión o ruptura de una arteria con la consiguiente interrupción de la circulación o acumulación hemática, estableciendo una zona de infarto generando un daño neurológico irreversible.
- 8. Pérdida Total de la Vista de Ambos Ojos:** Es la pérdida irreversible y total de la función visual.

Padecimientos Preexistentes – Son todos aquellos padecimientos y/o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la póliza
- Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo

a la contratación de la póliza

- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la póliza

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia – El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante resumen de la historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se hayan practicado al Asegurado. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos, cuando así lo determine un perito médico, basado en la historia clínica o evolución natural del padecimiento.

Perito Médico – Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.

Arbitraje – En caso de que la aseguradora rechace un siniestro como consecuencia de una enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto la Aseguradora como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de celebración del contrato. En ese caso, la Aseguradora y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Aseguradora.

Periodo de espera – Es el periodo de 60 días que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia del seguro, para que el Asegurado se encuentre cubierto por el mismo. Tratándose de renovaciones no aplica el Periodo de espera señalado anteriormente.

En caso de contar con dos seguros vigentes por la compra y activación de estos, el Periodo de Espera aplicará sólo para la primera vigencia activada.

El Periodo de Espera vuelve a iniciar cuando exista un periodo al descubierto entre vigencias.

Periodo al descubierto – Es el periodo de tiempo durante el cual, el Asegurado no cuenta con un seguro activado, es decir, es el periodo de tiempo existente entre el fin de una vigencia y el inicio de la siguiente. Si las vigencias han sido continuas, no existe un periodo al descubierto.

Periodo de Supervivencia – Es el tiempo que deberá sobrevivir el Asegurado a partir de la fecha del Primer Diagnóstico del padecimiento cubierto, para que tenga derecho a la indemnización. Dicho periodo es de 7 días naturales.

Generalidades

Notificaciones – Cualquier comunicación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, precisamente en el lugar señalado como su

domicilio en el Contrato de Seguro. Las notificaciones que la Aseguradora haga al asegurado se dirigirán al último domicilio que ésta conozca.

Derecho del Contratante – Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Aseguradora proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Rectificación de la Póliza – Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Competencia – En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

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 le dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley, el cual indica que el plazo del Artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino que dicho plazo correrá a partir del día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. De igual manera la prescripción se suspenderá por la presentación de reclamaciones presentadas en términos de ley ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Aseguradora; así también se interrumpirá la prescripción por la presentación de la reclamación, que reúna los requisitos exigidos por la ley, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o de la delegación de ésta elegida por el reclamante.

Moneda – Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Edad – Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real a la

fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza, se encontrara fuera de los límites de aceptación fijados por ésta.

La edad declarada por el Asegurado podrá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza respectiva, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar el siniestro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Para efectos de este Contrato, se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza.

En cada renovación, se aplicará la prima de tarifa vigente en la fecha de la misma, siempre y cuando el Asegurado se encuentre dentro de los límites de edad fijados por la Aseguradora.

Edades de aceptación – Las edades mínima y máxima de aceptación serán de 20 y 64 años, respectivamente. La edad máxima de renovación será de 64 años, en cuyo caso el seguro se mantendrá en vigor hasta el final del plazo aún y cuando el Asegurado hubiere cumplido los 65 años.

En caso de que el seguro no pueda ser activado porque no se cumpla con el rango de edades mencionado, la Aseguradora devolverá la prima respectiva.

Suma Asegurada – De conformidad con las condiciones generales de esta Póliza, la Aseguradora se obliga a pagar, en caso de Indemnización por Primer Diagnóstico, a el (los) Beneficiario(s) designado(s), según corresponda, la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, la cual no podrá exceder el equivalente a veinte mil UDI (Unidades de Inversión)

Primas – El Asegurado realizará el pago de la prima en el punto de venta donde se realice la compra del seguro. El Comprobante de pago del seguro será prueba del pago de la prima.

La tarifa con la cual se calculen las primas, será la que a la fecha del cálculo esté vigente en la Aseguradora y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Para el caso de renovaciones, si no hubiese sido pagada la prima dentro del término de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, que para efectos de este seguro será la del inicio de la nueva vigencia, los efectos del Contrato de seguro cesarán automáticamente al final de la vigencia de la póliza inmediata anterior.

En caso de que el seguro no hubiere sido activado dentro de los 365 días naturales siguientes a la fecha de compra del seguro, éste será dado de baja por haber expirado el periodo de activación.

Transcurridos los 365 días sin que haya sido activada la póliza de seguro en la forma y términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, el asegurado podrá solicitar por escrito en las oficinas de Seguros Azteca S.A. de C.V., o de cualquier sucursal de las tiendas Elektra, Salinas y Rocha o Bodega de Remates, la devolución de la prima pagada y no devengada, exhibiendo para tal efecto el original del comprobante de

compra La Aseguradora contará con el término de treinta días para realizar la devolución de la prima pagada de la póliza inactiva, el cual se realizará mediante transferencia interbancaria a la cuenta bancaria abierta a nombre del asegurado que éste indique.

Vigencia del Contrato

Vigencia del Seguro – La vigencia del seguro será de un año, contado a partir de las 12 hrs. de la fecha de la compra, siempre y cuando la activación del seguro se realice dentro de los 5 días naturales siguientes a ésta, de lo contrario, si el seguro se activa dentro de los 365 días naturales siguientes a la fecha de compra y después del periodo de 5 días mencionado anteriormente, la vigencia iniciará a partir de las 12 hrs. del día en que realice la activación del seguro.

Cancelación del Seguro – Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12 hrs de la fecha correspondiente:

- A petición expresa del asegurado, con 30 días naturales de anticipación.
- Al término de la vigencia del seguro.
- Por falta de pago de la prima de renovación.

En caso de cancelación del contrato con anterioridad a la fecha del fin de su vigencia bajo las condiciones del inciso **a.** de la presente cláusula, el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima de riesgo no devengada a la fecha efectiva de la cancelación.

Renovación– La renovación de la póliza se realizará a petición del propio Asegurado y se entenderá que la póliza queda renovada por un plazo igual al originalmente contratado, contado a partir de la fecha de vencimiento de la póliza y en las mismas condiciones en que fue pactado originalmente, siempre y cuando el Asegurado se encuentre dentro de los límites de edades de aceptación definidos por la Aseguradora.

Para realizar el pago de tal renovación, el Asegurado, dentro de los treinta días naturales siguientes al inicio de la nueva vigencia, podrá adquirir otro seguro en cualquiera de los puntos de venta, posteriormente llamar a Línea Seguros Azteca y solicitar la opción de renovación, informando al operador el número de póliza que desea renovar y siguiendo posteriormente el proceso normal de activación del seguro.

La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado, y
- Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

Beneficios

Indemnización por Primer Diagnóstico.

En caso de que al Asegurado, dentro de la vigencia de la póliza y una vez transcurrido el periodo de espera señalado, se le diagnostique por primera vez cualquiera de los padecimientos cubiertos por esta póliza, según se definen en ésta, la Aseguradora pagará al Asegurado o a

sus beneficiarios, por una sola vez, la Suma Asegurada de esta cobertura.

Con el pago de dicha indemnización, termina automáticamente la responsabilidad de la Aseguradora frente al Asegurado respecto a este beneficio.

1. Insuficiencia Renal Crónica.

Pruebas para la Indemnización: Certificación descriptiva por Nefrólogo o Internista con la demostración de la elevación permanente de BUN y creatinina así como la evidencia de la disminución del filtrado glomerular por laboratorio o imagen.

Exclusión Particular: Insuficiencia Renal Aguda.

2. Infarto al Miocardio.

Pruebas para la Indemnización: Informe descriptivo del Cardiólogo o Internista en relación al evento. Electrocardiograma seriado que muestre alteraciones específicas del segmento ST, alteraciones de la onda "T" y aparición de la onda "Q", asociado a la elevación significativa de las enzimas CPK MB, TROPONINA I y MIOGLOBINA.

Exclusiones Particulares: Angina de Pecho Estable o Inestable, Angina de Prinzmetal, Reinfarto.

3. Cáncer Cérvico Uterino:

Pruebas para la Indemnización: Certificación de la enfermedad por parte del Oncólogo o Gineco-Oncólogo así como el estudio histopatológico que certifique el diagnóstico.

Exclusiones Particulares: Cáncer in SITU, Displasia Cervical, Lesiones Premalignas, Infección por Virus del Papiloma Humano, Tumores Benignos.

4. Cáncer de Próstata:

Pruebas para la Indemnización: Certificación de la enfermedad por parte del Oncólogo o Urólogo, así como el estudio histopatológico que certifique el diagnóstico.

Exclusiones Particulares: Hiperplasia Prostática, Prostatitis Infecciosa, Cáncer in SITU de acuerdo a la clasificación TNM.

5. Apendicitis Aguda

Pruebas para la Indemnización: Resumen de la historia clínica hospitalaria y estudios de laboratorio incluyendo el estudio histopatológico del apéndice cecal.

Exclusiones Particulares: Todos los Padecimientos Abdominopélvicos no diagnosticados como Apendicitis, incluyendo Apendicetomías Profilácticas realizadas en el curso de otra Cirugía.

6. Neumonía o Pulmonía

Pruebas para la Indemnización: Resumen de la historia Clínica hospitalaria y Radiografías seriadas del Tórax.

Exclusiones Particulares: Neumonitis de cualquier origen, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Bronquitis Crónica, HIV-SIDA.

7. Enfermedades Cerebro vasculares.

Pruebas para la Indemnización: Resumen de la historia clínica hospitalaria, acompañada de Tomografía de Cráneo, Resonancia Magnética, Angiografía cerebral o cualquier forma de diagnóstico de la enfermedad (PET).

Exclusiones Particulares: Ataque Isquémico Transitorio, Isquemia Cerebral Pasajera, Déficit Neurológico Reversible, Traumatismo Craneoencefálico, Tumores Cerebrales, Hemorragia por Cirugía Cerebral.

8. Pérdida Total de la Vista de Ambos Ojos

Pruebas para la Indemnización: Informe médico del Oftalmólogo y los estudios de apoyo confirmatorios de la enfermedad.

Asistencia Médica.

El Asegurado tiene a su disposición los siguientes servicios y cuya contratación se indica por las anotaciones correspondientes en la carátula de esta póliza:

1.- Asistencia Médica Telefónica. Orientación médica telefónica sin costo adicional sobre el uso de medicamentos, así como de sus efectos secundarios y dosis recomendadas, medicamentos, efectos secundarios, interpretación de exámenes de laboratorio, orientación en planificación familiar, educación sexual, vacunaciones, prevención en la automedicación, tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia, información de primeros auxilios. Dicho servicio se ofrecerá las 24 horas del día, los 365 días del año, durante el periodo de la vigencia de la póliza y sin límite de eventos.

2. -Envío de Ambulancia Terrestre. En caso de emergencia médica, por accidente o enfermedad grave, y a solicitud del Asegurado, se enviará una ambulancia terrestre para trasladarlo al hospital más cercano sin costo adicional. Este servicio se proporcionará las 24 horas del día los 365 días del año a nivel nacional. El servicio está limitado a 2 eventos al año durante la vigencia del Seguro.

3.- Envío de Médico a Domicilio. A solicitud del Asegurado, en caso de enfermedad, se coordinará vía telefónica, el envío de un médico general a su domicilio, para la valoración presencial del Asegurado. Este servicio está sujeto a la disponibilidad en la ciudad o población donde se requiera, con un máximo de dos eventos al año sin costo adicional.

4.- Referencia a Red Médica Preferencial. Referencias a la red de proveedores médicos, hospitales, laboratorios, gabinetes, farmacias, médicos especialistas y enfermeras, a nivel nacional. Este servicio se brinda de forma ilimitada, las 24 horas del día, durante el periodo de vigencia del seguro.

5.- Asistencia Emocional Telefónica. Orientación psicológica telefónica sin costo adicional, en situaciones críticas de conducta y estados anímicos a través de terapia, adicionalmente se le proporcionara referencias a la red de psicólogos. Dicho servicio se ofrecerá las 24 horas del día, los 365 días del año, durante el periodo de la vigencia de la póliza y sin límite de eventos.

6.- Referencia a Red Preferencial de Servicios. Referencias a la red de servicios en los rubros de Restaurantes, Entretenimiento, Salud y Belleza, entre

otros. Este servicio se brinda de forma ilimitada, las 24 horas del día, durante el periodo de vigencia del seguro.

7.- Segunda Opinión Médica Telefónica. Se pondrá en contacto al Asegurado con reconocidos especialistas internacionales para obtener una segunda opinión médica, así como información sobre el diagnóstico y métodos terapéuticos disponibles a nivel internacional. Limitado a 1 (un) evento por año sin costo.

8.- Referencia a Red Preferencial de Laboratorios. Referencias a la red de laboratorios. Este servicio se brinda de forma ilimitada, durante el periodo de vigencia del seguro.

9.- Plan Dental. Incluye los siguientes servicios:

- 1 profilaxis (limpieza) dental por año sin costo adicional.
 - Referencias a la red de médicos dentistas y laboratorios odontológicos. Este servicio se brinda de forma ilimitada, durante el periodo de vigencia del seguro
- Sólo aplica con dentistas de la Red Médica del proveedor de los servicios.

Exclusiones Generales

La Aseguradora no será responsable del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto de alguna de las siguientes situaciones:

- **Padecimientos no señalados en forma explícita como Padecimientos Cubiertos por este plan.**
- **Padecimiento Preexistente o aquellos que se diagnostiquen durante el periodo de espera establecido en las presentes condiciones generales.**
- **Padecimientos que aun y cuando estén señalados como Padecimientos Cubiertos su diagnóstico es posterior al Primer Diagnóstico.**
- **Lesiones o enfermedades causadas por intento de suicidio o auto infligidas intencionalmente, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- **Lesiones o enfermedades causadas como resultado de la participación como sujeto activo en la comisión de un crimen.**
- **SIDA o complejo relacionado con SIDA.**
- **Enfermedades Congénitas.**
- **Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- **Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos de carácter estético.**
- **La participación del Asegurado como conductor o competidor en cualquier clase**

de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.

- **Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
- **Cualquier indemnización solicitada para este beneficio que se base en un diagnóstico realizado por una persona que no sea médico especialista en el padecimiento o que sea miembro de la familia del Asegurado sin importar si la persona es un médico especialista.**
- **Lesiones del Asegurado que se produzcan por participar en servicio militar, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones, actos de guerra, terrorismo en los que participe directamente como sujeto activo, rebelión o insurrección .**
- **Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, salvo las derivadas del tratamiento de un accidente amparado o enfermedad amparada.**
- **Tratamientos y padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado por la ingesta de alcohol, alcoholismo o toxicomanías.**
- **Abuso de drogas y/o alcohol.**
- **Complicaciones de Enfermedades preexistentes.**

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de marzo de 2017, con el número CNSF-S0098-0025-2017 / CONDUSEF-000277-01”

Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 53400999 desde la Ciudad de México o al 018009998080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

Seguros Azteca, S.A. de C.V.

Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1 Col. Tlalpan la Joya

C.P. 14000 Ciudad de México

Ciudad de México y zona metropolitana 1720 9854

Interior de la República (01800) 810 81 81

www.segurosazteca.com.mx

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Seguros Azteca, S.A. de C.V. ubicada en Insurgentes Sur 3579 Torre 3 PB, Colonia Tlalpan la Joya, Delegación Tlalpan, C.P. 14000, comunicarse a los teléfonos 17209854 desde la Ciudad de México o al 018008108181 desde el Interior de la República, o al correo electrónico: ueap@segurosazteca.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle,