

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
---------------------	-----	----------------------	-------	---------	---------	----------

Territorio de cobertura	Internacional	Nacional
Servicio de Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Paquete de admisión hospitalaria Cama extra para un acompañante Medicamentos y materiales de curación y cualquier otro bien de tipo médico. Sala de operación, de recuperación y de urgencias. Adquisición y aplicación de sueros , aplicación de sangre, plasma, o cualquier otro derivado sanguíneo incluyendo estudios hechos a posibles donadores. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Cuarto superior al cuarto privado estándar Extranjero: Cuarto de hospital hasta por \$650 dólares por día. 	<ul style="list-style-type: none"> Nacional: Cuarto sencillo privado estándar Con cobertura Internacional se cubre el cuarto de hospital hasta por \$500 dólares por día.
	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Terapia Intensiva Extranjero: Se cubre el cuarto de hospital hasta un máximo de \$1, 200 dólares por día 	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de terapia intensiva: Con cobertura Internacional se cubre cuarto de hospital hasta por \$1,000 dólares por día.
Servicios Médicos Profesionales	<ol style="list-style-type: none"> Honorarios por consultas de acuerdo a lo especificado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos Honorarios por tratamientos médicos intrahospitalarios con un máximo de 2 consultas por día. Honorarios por tratamientos quirúrgicos Honorarios del anestesiólogo hasta por el 30% de lo pagado al cirujano Honorarios de los médicos ayudantes cualquiera que sea su número hasta por el 20% de lo pagado al cirujano 	
Renovación garantizada	Cuenta con una renovación vitalicia garantizada.	
Enfermeras	Se cubrirán como máximo de 720 horas de atención por enfermedad o accidente amparados siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante para cuidados extrahospitalarios.	
Preexistentes declarados	<p>Preexistencia Declarada : A partir del cuarto año de cobertura continua de la póliza, mediante contratos de seguro de gastos médicos individual celebrados con Seguros Monterrey New York Life, quedan cubiertos los padecimientos preexistentes que hayan sido declarados en la contratación de la póliza, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> El padecimiento se encuentre específicamente declarado en la solicitud al momento de solicitar la póliza de seguro. El padecimiento no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o haya presentado signos y síntomas durante un periodo de 3 años continuos de vigencia en la póliza con Seguros Monterrey New York Life El padecimiento no esté expresamente excluido mediante un endoso de exclusión El padecimiento no se encuentre dentro de los siguientes grupos: Padecimientos cardíacos, accidentes vasculares, diabetes, diálisis, padecimientos oncológicos, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedades degenerativas o padecimientos neurológicos. <ul style="list-style-type: none"> Padecimientos excluidos expresamente en las condiciones generales del seguro en la cláusula V. Exclusiones Generales. 	
Estudios de Laboratorio y Gabinete	Cubiertos siempre que los ordene el médico tratante debido a cualquier enfermedad o accidente amparado.	

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
Medicamentos	Medicamentos que deriven de la atención o tratamiento de alguna enfermedad o accidente amparado y que sean preescritos por el médico tratante siempre que se anexas las facturas con la receta correspondiente.					
Prótesis y equipo ortopédico	Adquisición del equipo ortopédico y de prótesis cuando sea ordenado por el médico tratante y se requiera a causa de un accidente o enfermedad amparados incluido el implante coclear . El monto máximo a pagar este gasto cubierto será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado. Para equipos que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de \$170,000 pesos . En ningún caso la Institución Aseguradora pagará más de \$500,000.00 (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.) por Asegurado o Dependiente para cubrir gastos, costos u honorarios médicos para la adquisición, y colocación de neuroestimuladores.					
2da. Opinión Médica	Se ofrece al asegurado y sus dependientes sin costo alguno cuando se requiera de una intervención quirúrgica o tratamiento médico a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados por la póliza. La segunda opinión deberá ser emitida por especialistas que en ninguna manera participarán en la atención de la enfermedad o accidente amparado. Si la segunda opinión fue contraria a la inicial se podrá solicitar una tercera opinión.					
Equipo de recuperación extra-hospitalaria	Renta de equipos para recuperación extrahospitalaria , como cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico usado para este fin, ordenado por el médico tratante . El monto máximo a pagar será el GURA para el equipo requerido. Para equipos que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de \$170,000 pesos .					
Maternidad	Cobertura para aseguradas de 15 a 44 años de edad. Esta cobertura aplica siempre y cuando la madre haya tenido vigencia ininterrumpida durante 10 meses en la póliza y Estarán cubiertos los gastos erogados por: Beneficio Maternidad: Suma asegurada por antigüedad en la póliza de acuerdo a plan y zona contratados Complicaciones del embarazo: Cubre las complicaciones del embarazo, parto o puerperio hasta por el monto indicado en la carátula de la póliza, aplicando deducible y coaseguro contratados. Cobertura del recién nacido: Cubre nacimientos prematuros, padecimientos congénitos al nacimiento o con tratamiento in-útero, enfermedades y accidentes que sufra el menor durante el periodo en que ocurra el nacimiento y paquete del recién nacido cuando el hospital lo proporcione. El beneficio máximo está indicado en la carátula de la póliza, aplicando deducible y coaseguro contratado					
Circuncisión	Queda amparada la circuncisión siempre y cuando sea médicamente necesaria para nacidos dentro y fuera de la vigencia de la póliza, con un tope de \$4,000 pesos, sin aplicación de deducible ni coaseguro.					
Padecimientos Congénitos	<ul style="list-style-type: none"> o Para nacidos dentro de la vigencia de la póliza siempre y cuando la fecha esperada de nacimiento sea posterior a 10 meses de cobertura continua con respecto a la madre. o Para nacidos fuera de la vigencia de la póliza con 2 años de cobertura continua, siempre que a la fecha de inicio de cobertura de la póliza: <ul style="list-style-type: none"> 1) No se haya realizado diagnóstico médico. 2) Que el padecimiento haya sido desapercibido por el asegurado. 3) Que no se hayan efectuado gastos por dichos padecimientos. 					
Nariz y senos paranasales	Accidente: Siempre que el tratamiento médico o quirúrgico se de dentro de los primeros 30 días naturales posteriores al accidente amparado por la póliza, aplicando 25 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado. Enfermedad: Siempre y cuando el asegurado tenga mínimo 2 años de cobertura continúa en la póliza aplicando 25 puntos porcentuales adicionales al contratado.					
Tratamientos dentales	Tratamientos para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o pérdidas como consecuencia inmediata de un accidente amparado y siempre y cuando se dé dentro de los primeros 30 días naturales posteriores al accidente.					
Ambulancia	Puede ser terrestre o aérea y esta cubierta sin importar que el padecimiento este amparado o no por la póliza sin aplicación de coaseguro. La atención debe ser coordinada y autorizada por Seguros Monterrey New York Life a través de Asistencia Alfa Medical .					
Deportes o Actividades peligrosas	Estarán cubiertos los tratamientos o cuidados médicos necesarios a consecuencia de actividades o lesiones derivados de la práctica recreativa de deportes.					

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
Asistencia Alfa Medical	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica a domicilio con costo a cargo del asegurado (\$250 pesos) • Orientación médica telefónica • Pago de boleto para un familiar y gastos de hospedaje • Gastos de hotel posconvalecencia • Traslado a domicilio 					
Protección patrimonial	<p>Cubierto: Se otorga solo a asegurados mayores de 18 años y menores de 60 años. En caso de fallecimiento o incapacidad total o permanentemente del asegurado (titular) a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado, la Cía. Pagará las primas de su cónyuge e hijos menores de 25 años cubiertos por la póliza durante los siguientes 5 años.</p>					
Tratamientos especializados	Se cubren los honorarios por los tratamientos de radioterapia, quimioterapia, hidroterapia e inhaloterapia, siempre que sean ordenados por el médico tratante.					
CAMI Cláusula de Asistencia Médica Inmediata 7/24	<p>Aplica para todas las pólizas contratadas en la ciudad de Monterrey y su zona metropolitana</p> <p>Asistencia telefónica línea 7-24</p> <p>Servicio de traslado en ambulancia de alta tecnología</p> <p>Consultas grals. a precios preferenciales en CAM'S</p> <p>Descuentos médicos de la Red 7-24</p> <p>Descuentos en Servicios Médicos en hospitales Christus Muguerza</p>					
Servicios de Excelencia	<p>1. Red de Excelencia: una nueva red de médicos especialistas para atender los padecimientos más frecuentes, con la ventaja de que todos los gastos que se generen por tu atención médica serán cubiertos*. Sólo pagarás tu Deducible y Coaseguro. *No aplicará en los casos en que el padecimiento no esté cubierto.</p> <p>2. Centros de Excelencia: ponemos a tu disposición hospitales de primer nivel en México DF, Monterrey y Guadalajara, con la ventaja de recibir servicios adicionales como: estacionamiento gratis, habitación suite, servicios para el acompañante, etc.</p> <p>3. Atención de Excelencia: En caso de presentar alguna enfermedad grave, te daremos seguimiento personalizado a través de un Ejecutivo Médico, quien te asesorará durante todo el proceso de tratamiento y recuperación. Además ponemos a tu disposición los nuevos Centros de Infusión para tratamientos de quimioterapia y otros.</p>					

PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA

Con periodo de 30 días	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier Enfermedad cubierta por la póliza 	
Con periodo 10 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de maternidad • Complicaciones del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura del recién nacido • Padecimientos congénitos del recién nacido siempre que nazca dentro de vigencia.
Con periodo 1 años	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades ácido pépticas • Litiasis en vesícula biliar • Litiasis en vías biliares • Litiasis en vías urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Padecimientos en glándulas mamarias • Trastornos del aparato reproductor femenino • Hernias (excepto las de hernias de disco)
Con periodo 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de la estructura de la rodilla • Hemorroides • Hernias de disco • Padecimientos en Amígdalas y Adenoides • Padecimientos Congénitos de asegurados nacidos fuera de vigencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de Nariz y Senos Paranasales por enfermedad • Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis, escoliosis y sus complicaciones • Tratamientos o cuidados médicos relacionados con degeneraciones articulares de las falanges de los pies (p. ej. Hallux Valgus).

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
---------------------	-----	----------------------	-------	---------	---------	----------

Con periodo 3 años	Tratamiento de padecimientos preexistentes declarados en la solicitud de la póliza inicial y que no estén expresamente excluidos en la póliza y dichos padecimientos hayan sido aceptados a través de un endoso.
---------------------------	--

COBERTURAS OPCIONALES

Incremento al tabulador de HMQ y Zona	Las opciones de incremento son: 20%, 30%, 40%, 50 %, 60% y 70%	
Cobertura de VIH	<p>Cobertura para asegurados a partir de 16 años Se obtiene siempre y cuando el asegurado lo solicite y el resultado de la prueba de ELISA sea negativo. La S.A. máxima para esta cobertura es de \$50,000 usd los primeros 5 años y a partir del 6° año de vigencia continua se otorgará la S. A. contratada en la cobertura básica.</p>	<p>Cobertura para asegurados a partir de 16 años Se obtiene siempre y cuando el asegurado lo solicite y el resultado de la prueba de ELISA sea negativo. La S.A. máxima para esta cobertura es de \$500,000 pesos los primeros 5 años y a partir del 6° año de vigencia continua se otorgará la S. A. contratada en la cobertura básica.</p>

COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

Protección por Fallecimiento	<p>Seguro para gastos funerarios. En caso de enfermedad terminal se entrega 50% de la SA y el otro 50% al fallecimiento. La SA es \$9,000 USD. Para dependientes entre 1 y 12 años de edad, la SA no podrá ser mayor a 60 SMGMV.</p>	<p>Seguro para gastos funerarios. En caso de enfermedad terminal se entrega 50% de la SA y el otro 50% al fallecimiento. La SA es \$90,000. Para dependientes entre 1 y 12 años de SA no podrá ser mayor a 60 SMGV.</p>	<p>Seguro para gastos funerarios. En caso de enfermedad terminal se entrega 50% de la SA y el otro 50% al fallecimiento. Para pólizas emitidas a partir de Agosto 2010 y renovaciones de Septiembre 2010 La SA moneda nacional es: <table border="0"> <tr><td>Pleno</td><td>\$90,000</td></tr> <tr><td>Origina</td><td>\$70,000</td></tr> <tr><td>Íntegro</td><td>\$75,000</td></tr> <tr><td>Práctico</td><td>\$60,000</td></tr> <tr><td>Pleno Mty.</td><td>\$75,000</td></tr> <tr><td>Pleno Occ.</td><td>\$75,000</td></tr> </table> Para dependientes entre 1 y 12 años de edad, la SA no podrá ser mayor a 60 SMGMV</p>	Pleno	\$90,000	Origina	\$70,000	Íntegro	\$75,000	Práctico	\$60,000	Pleno Mty.	\$75,000	Pleno Occ.	\$75,000
	Pleno	\$90,000													
Origina	\$70,000														
Íntegro	\$75,000														
Práctico	\$60,000														
Pleno Mty.	\$75,000														
Pleno Occ.	\$75,000														
<ul style="list-style-type: none"> • Traslado por fallecimiento • Traslado al lugar de residencia del asegurado • Inhumación en el lugar del deceso • Traslado a algún lugar que no sea la residencia permanente del asegurado 															

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
Extensión de cobertura en el extranjero	No aplica por ser un plan internacional	Solo se puede contratar esta cobertura con el plan Pleno zona A , pero en caso de tener algún otro plan o zona contratada, se modificará automáticamente para que sea Pleno zona A . <ul style="list-style-type: none"> • Si la atención médica se coordina con la red de prestadores de servicios en el extranjero, deberá cubrir el doble del deducible contratado, así como el 10% de coaseguro, este último con tope de \$10,000 (diez mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A) • Para atenciones médicas fuera de la red de prestadores de servicio en el extranjero, el asegurado deberá cubrir el doble del deducible contratado así como el 30% de coaseguro, este último con tope de \$30,000 (treinta mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A) 				
Atención de Enfermedades catastróficas en el extranjero	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto tanto nacional como internacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en territorio nacional en el básico y con costo en Internacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo territorio nacional en el básico 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser contratada para planes Pleno o Íntegro en cualquier zona. • Se consideran enfermedades catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del Sistema Nervioso Central: Quedan cubiertas solo las enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos • Enfermedades vasculares del Sistema Nervioso Central: Quedan cubiertas solo la isquemia, trombosis, hemorragia y malformaciones vasculares que produzcan secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que prevalezcan de forma permanente <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía cardíaca incluyendo la angioplastia ○ Cáncer y Transplantes de órganos (Detalle en condiciones generales) ○ Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (lesiones orgánicas o metabólicas que pongan en riesgo la vida de una persona), incluyendo rehabilitación. <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis). ○ Si la atención médica se coordina con la red de prestadores de servicios en el extranjero, deberá cubrir el deducible y coaseguro contratado, este último con tope de \$10,000 (diez mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A). En atenciones dentro de red en el extranjero, el coaseguro mínimo a aplicar será de 10 puntos porcentuales, independientemente del coaseguro contratado. ○ Para atenciones médicas fuera de la red de prestadores de servicio, el asegurado deberá cubrir su deducible y el doble del coaseguro contratado este último con tope de \$20,000 (veinte mil) dólares de los Estados Unidos de América. En las atenciones fuera de la red en el extranjero, el coaseguro mínimo a aplicar será de 20 puntos porcentuales, independientemente del coaseguro contratado. 		

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
Urgencias de padecimientos no cubiertos	Recuperación de la salud por complicaciones en tratamientos médicos o quirúrgicos para: <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos. • Reducir o aumentar de peso • Corregir o evitar la calvicie • Tratamientos dentales derivados de cualquier enfermedad • Evitar o procurar la procreación 					
Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente (CEDA)	Esta cobertura puede ser contratada para cualquier plan en cualquier zona y por primera vez hasta los 69 años A partir del 1ero de Mayo este beneficio se vuelve vitalicio por ser de importante relevancia en estas edades.					
	<ul style="list-style-type: none"> • Se elimina el total del deducible básico en caso de accidente cubierto siempre que los gastos rebasen la cantidad de \$250 dólares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se elimina el total del deducible básico en caso de accidente cubierto siempre que los gastos rebasen la cantidad de \$1,000 pesos. 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Se eliminará el coaseguro contratado de los gastos amparados por esta cobertura • Si el monto total del accidente rebasa la S.A. de esta cobertura, se aplicará el coaseguro contratado a los gastos excedentes • La S.A. de esta cobertura será igual al monto del deducible básico contratado 					
Cobertura de asistencia en el extranjero	Urgencias en el Extranjero SA \$50,000 dólares y Deducible de \$50 dólares. Sin aplicación de coaseguro					
	Servicio de Asistencia <ul style="list-style-type: none"> • Transferencia de Fondos para GM o robo. Desde \$300 hasta \$5,000 dólares • Asistencia en caso de robo o pérdida de pasaporte, VISA o boletos de avión • Búsqueda, rastreo y transporte de equipaje u objetos perdidos o robados • Transmisión de mensajes urgentes 					
	Incluida sin costo	Con costo adicional				

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
---------------------	-----	----------------------	-------	---------	---------	----------

Atención de Siniestros en el Extranjero	<p>Para pólizas con plan Alfa Medical Internacional</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la atención médica se coordina con la red de prestadores de servicio en el extranjero, el asegurado deberá pagar el deducible y el coaseguro contratados, este último con tope de \$10,000 (diez mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A). En atenciones dentro de la red en el extranjero, el coaseguro mínimo a aplicar es de 10 puntos porcentuales, independientemente del coaseguro contratado Para atenciones médicas fuera de la red de prestadores de servicio, el asegurado deberá cubrir su deducible y el doble del coaseguro contratados, este último con tope de \$20,000 (veinte mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A). En atenciones fuera de la red en el extranjero el coaseguro mínimo a aplicar será de 20 puntos porcentuales, independientemente del coaseguro contratado.
--	---

INFORMACIÓN GENERAL

Suma Asegurada	Sin Límite		Sin Limite	\$900,000	\$200,000
			\$5,000,000	\$800,000	
			\$4,000,000	\$700,000	
			\$3,000,000	\$600,000	
			\$2,000,000	\$500,000	
			\$1,500,000	\$400,000	
			\$1,000,000	\$300,000	
Coaseguro	0% 10%, 15%, 20% y 25%				
	Con tope de \$2,500 dólares por padecimiento en Territorio Nacional	Con tope de \$35,000 pesos por padecimiento en territorio Nacional			

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico																														
Deducibles Básicos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducibles Básicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>\$ 500</td></tr> <tr><td>\$ 750</td></tr> <tr><td>\$ 1,000</td></tr> <tr><td>\$ 1,500</td></tr> <tr><td>\$ 2,000</td></tr> <tr><td>\$ 2,500</td></tr> <tr><td>\$ 5,000</td></tr> </tbody> </table> <p>Montos en USD</p>	Deducibles Básicos	\$ 500	\$ 750	\$ 1,000	\$ 1,500	\$ 2,000	\$ 2,500	\$ 5,000			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducibles Básicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>\$ 6,000</td></tr> <tr><td>\$ 7,000</td></tr> <tr><td>\$ 8,500</td></tr> <tr><td>\$ 11,000</td></tr> <tr><td>\$ 16,500</td></tr> <tr><td>\$ 22,000</td></tr> <tr><td>\$ 27,500</td></tr> <tr><td>\$ 38,500</td></tr> <tr><td>\$ 55,000</td></tr> <tr><td>\$ 80,000</td></tr> </tbody> </table>	Deducibles Básicos	\$ 6,000	\$ 7,000	\$ 8,500	\$ 11,000	\$ 16,500	\$ 22,000	\$ 27,500	\$ 38,500	\$ 55,000	\$ 80,000	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Migración)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>\$ 10,000</td></tr> <tr><td>\$ 10,000</td></tr> <tr><td>\$ 11,000</td></tr> <tr><td>\$ 13,000</td></tr> <tr><td>\$ 18,500</td></tr> <tr><td>\$ 24,000</td></tr> <tr><td>\$ 30,000</td></tr> <tr><td>\$ 42,000</td></tr> <tr><td>\$ 60,000</td></tr> <tr><td>\$ 85,000</td></tr> </tbody> </table>	(Migración)	\$ 10,000	\$ 10,000	\$ 11,000	\$ 13,000	\$ 18,500	\$ 24,000	\$ 30,000	\$ 42,000	\$ 60,000	\$ 85,000	Montos en pesos
Deducibles Básicos																																				
\$ 500																																				
\$ 750																																				
\$ 1,000																																				
\$ 1,500																																				
\$ 2,000																																				
\$ 2,500																																				
\$ 5,000																																				
Deducibles Básicos																																				
\$ 6,000																																				
\$ 7,000																																				
\$ 8,500																																				
\$ 11,000																																				
\$ 16,500																																				
\$ 22,000																																				
\$ 27,500																																				
\$ 38,500																																				
\$ 55,000																																				
\$ 80,000																																				
(Migración)																																				
\$ 10,000																																				
\$ 10,000																																				
\$ 11,000																																				
\$ 13,000																																				
\$ 18,500																																				
\$ 24,000																																				
\$ 30,000																																				
\$ 42,000																																				
\$ 60,000																																				
\$ 85,000																																				
Deducible en Exceso	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducibles En Exceso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>\$ 10,000</td></tr> <tr><td>\$ 20,000</td></tr> <tr><td>\$ 30,000</td></tr> <tr><td>\$ 40,000</td></tr> <tr><td>\$ 50,000</td></tr> <tr><td>\$ 60,000</td></tr> <tr><td>\$ 70,000</td></tr> <tr><td>\$ 80,000</td></tr> <tr><td>\$ 90,000</td></tr> <tr><td>\$ 100,000</td></tr> </tbody> </table> <p>Montos en USD</p>	Deducibles En Exceso	\$ 10,000	\$ 20,000	\$ 30,000	\$ 40,000	\$ 50,000	\$ 60,000	\$ 70,000	\$ 80,000	\$ 90,000	\$ 100,000			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducibles En Exceso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>\$ 100,000</td></tr> <tr><td>\$ 200,000</td></tr> <tr><td>\$ 300,000</td></tr> <tr><td>\$ 400,000</td></tr> <tr><td>\$ 500,000</td></tr> <tr><td>\$ 600,000</td></tr> <tr><td>\$ 700,000</td></tr> <tr><td>\$ 800,000</td></tr> <tr><td>\$ 900,000</td></tr> <tr><td>\$1,000,000</td></tr> </tbody> </table>	Deducibles En Exceso	\$ 100,000	\$ 200,000	\$ 300,000	\$ 400,000	\$ 500,000	\$ 600,000	\$ 700,000	\$ 800,000	\$ 900,000	\$1,000,000		Montos en pesos								
Deducibles En Exceso																																				
\$ 10,000																																				
\$ 20,000																																				
\$ 30,000																																				
\$ 40,000																																				
\$ 50,000																																				
\$ 60,000																																				
\$ 70,000																																				
\$ 80,000																																				
\$ 90,000																																				
\$ 100,000																																				
Deducibles En Exceso																																				
\$ 100,000																																				
\$ 200,000																																				
\$ 300,000																																				
\$ 400,000																																				
\$ 500,000																																				
\$ 600,000																																				
\$ 700,000																																				
\$ 800,000																																				
\$ 900,000																																				
\$1,000,000																																				
Deducibles Mínimos de Contratación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducible</th> <th>Mínimo</th> <th>AMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>500 USD</td> </tr> </tbody> </table>	Deducible	Mínimo	AMI			500 USD			<p>Todas las zonas y todos los planes</p> <p>\$6,000 pesos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Deducible</th> <th>Mínimo</th> <th>Pleno Int.</th> <th>Pleno Mty.</th> <th>Pleno Occ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>\$ 6,000</td> <td>\$ 6,000</td> <td>\$ 6,000</td> </tr> </tbody> </table>	Deducible	Mínimo	Pleno Int.	Pleno Mty.	Pleno Occ.			\$ 6,000	\$ 6,000	\$ 6,000																
Deducible	Mínimo	AMI																																		
		500 USD																																		
Deducible	Mínimo	Pleno Int.	Pleno Mty.	Pleno Occ.																																
		\$ 6,000	\$ 6,000	\$ 6,000																																

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
<p>Aplicación de deducible</p>	<p>Para deducibles entre \$500 y \$5,000 dólares</p> <p>Tratándose de Enfermedades o Accidentes amparados si se coordina la atención médica utilizando médico y hospital de red, mediante cirugía programada o ingreso directo al hospital:</p> <p>a) Se descontarán \$250 dólares el deducible. En cualquier otro caso se deberá pagar el deducible contratado.</p>	<p>Para deducibles entre \$6,000 y \$85,000 pesos</p> <p>Tratándose de Enfermedades o Accidentes amparados si se coordina la atención médica utilizando médico y hospital de red, mediante cirugía programada o ingreso directo al hospital:</p> <p>a) Se descontarán \$2,500 pesos al deducible. En cualquier otro caso se deberá pagar el deducible contratado</p> <p>Para planes Pleno Internacional, debido al tipo de cambio si se atienden en el extranjero se cobrará el doble del deducible básico contratado.</p>				
	<p>Para las pólizas con deducible en exceso existe un deducible reinstalable de 5,000 unidades de Inversión (UDI) adicionales al deducible contratado, que el asegurado deberá cubrir una vez que presente gastos en la póliza.</p>					

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
---------------------	-----	----------------------	-------	---------	---------	----------

- Se otorgará una reducción de 10 puntos porcentuales en caso de atenderse en hospitales de menor nivel al del plan contratado, dependiendo de la zona

Aplicación de coaseguro

Zona de Contratada	Plan contratado	Atención en Hospitales	Observaciones
A	AMI	Íntegro	La atención del asegurado fuera de la zona contratada se sujetará a las condiciones de la zona en donde se realiza la atención.
	Plano Int.	Íntegro	
	Plano	Íntegro	
	Íntegro	Práctico	
B,D,E,F y G	Práctico	No Aplica	
	Plano	Práctico	
	Íntegro	Práctico	
	Origen	Práctico	
C	Práctico	No Aplica	
	Plano	Práctico	
	Íntegro	Práctico	
	Origen	Práctico	
J	Íntegro con Exceso (M)	Íntegro	
	Práctico	No Aplica	
	Plano	Práctico	
	Plano Occ.	Práctico	
N	Íntegro	Práctico	
	Práctico	No Aplica	
	Origen	Íntegro	
	Plano Int.	Íntegro	

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
---------------------	-----	----------------------	-------	---------	---------	----------

Sumas Aseguradas de Maternidad	<p>o Las aseguradas entre 15 -39 años el beneficio de maternidad máximo será el establecido en la carátula de la póliza</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Alfa Medical Internacional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1er. Año</td> <td>3,200</td> </tr> <tr> <td>2do. Año</td> <td>3,200</td> </tr> <tr> <td>3er. Año</td> <td>4,500</td> </tr> <tr> <td>4to. Año</td> <td>Sin límite o S.A.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Montos en dólares</p>	Alfa Medical Internacional		1er. Año	3,200	2do. Año	3,200	3er. Año	4,500	4to. Año	Sin límite o S.A.	<p>o Las aseguradas entre 15 -39 años el beneficio de maternidad máximo será el establecido en la carátula de la póliza</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pleno Internacional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1er. Año</td> <td>20,800</td> </tr> <tr> <td>2do. Año</td> <td>20,800</td> </tr> <tr> <td>3er. Año</td> <td>29,100</td> </tr> <tr> <td>4to. Año o +</td> <td>Sin Límite o SA</td> </tr> </tbody> </table> <p>Montos en pesos</p>	Pleno Internacional		1er. Año	20,800	2do. Año	20,800	3er. Año	29,100	4to. Año o +	Sin Límite o SA	<p>o Las aseguradas entre 15 -39 años el beneficio de maternidad máximo será el establecido en la carátula de la póliza</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Plan Pleno</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Año 1 y 2</th> <th>Año 3</th> <th>Año 4 o +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>15,800</td> <td>22,900</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>13,000</td> <td>18,000</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>12,500</td> <td>17,350</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>11,400</td> <td>15,300</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>10,400</td> <td>14,650</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>9,900</td> <td>13,600</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>8,850</td> <td>12,000</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>11,400</td> <td>15,300</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>N</td> <td>13,000</td> <td>18,000</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Montos en pesos</p>	Plan Pleno					Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +	A	15,800	22,900	Sin lím o S.A.	B	13,000	18,000	Sin lím o S.A.	C	12,500	17,350	Sin lím o S.A.	D	11,400	15,300	Sin lím o S.A.	E	10,400	14,650	Sin lím o S.A.	F	9,900	13,600	Sin lím o S.A.	G	8,850	12,000	Sin lím o S.A.	J	11,400	15,300	Sin lím o S.A.	N	13,000	18,000	Sin lím o S.A.
	Alfa Medical Internacional																																																																		
	1er. Año	3,200																																																																	
2do. Año	3,200																																																																		
3er. Año	4,500																																																																		
4to. Año	Sin límite o S.A.																																																																		
Pleno Internacional																																																																			
1er. Año	20,800																																																																		
2do. Año	20,800																																																																		
3er. Año	29,100																																																																		
4to. Año o +	Sin Límite o SA																																																																		
Plan Pleno																																																																			
	Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +																																																																
A	15,800	22,900	Sin lím o S.A.																																																																
B	13,000	18,000	Sin lím o S.A.																																																																
C	12,500	17,350	Sin lím o S.A.																																																																
D	11,400	15,300	Sin lím o S.A.																																																																
E	10,400	14,650	Sin lím o S.A.																																																																
F	9,900	13,600	Sin lím o S.A.																																																																
G	8,850	12,000	Sin lím o S.A.																																																																
J	11,400	15,300	Sin lím o S.A.																																																																
N	13,000	18,000	Sin lím o S.A.																																																																

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
---------------------	-----	----------------------	-------	---------	---------	----------

Sumas Aseguradas de Maternidad	<ul style="list-style-type: none"> Para las aseguradas entre 40 -44 años de edad la suma asegurada será la del tercer año independientemente de la antigüedad de la madre en la póliza Para el plan Alfa Medical Internacional del cuarto año en adelante, el beneficio máximo de maternidad en el extranjero es de \$6,000 dólares de los Estados Unidos de América (E. U.A) 	<ul style="list-style-type: none"> Para las aseguradas entre 40 -44 años de edad la suma asegurada será la del tercer año independientemente de la antigüedad de la madre en la póliza Para el plan pleno Internacional del cuarto año en adelante, el beneficio máximo de maternidad en el extranjero es de \$5,000 dólares de los Estados Unidos de América (E. U. A.) 																																																																																																																			
					<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Plan Íntegro</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Año 1 y 2</th> <th>Año 3</th> <th>Año 4 o +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>13,000</td> <td>18,200</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>10,500</td> <td>14,650</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>9,900</td> <td>13,800</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>9,150</td> <td>12,500</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>9,150</td> <td>12,000</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>7,600</td> <td>10,500</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>6,900</td> <td>9,900</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>9,150</td> <td>12,500</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>N</td> <td>10,500</td> <td>14,650</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Plan Práctico</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Año 1 y 2</th> <th>Año 3</th> <th>Año 4 o +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>10,500</td> <td>14,650</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>9,150</td> <td>12,000</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>8,500</td> <td>12,000</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>7,400</td> <td>10,500</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>6,900</td> <td>9,900</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>6,350</td> <td>9,350</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>5,300</td> <td>7,400</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>7,400</td> <td>10,500</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> <tr> <td>N</td> <td>9,150</td> <td>11,950</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Plan Pleno Occidente</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Año 1 y 2</th> <th>Año 3</th> <th>Año 4 o +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>11,450</td> <td>15,300</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Plan Monterrey y Origina</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Año 1 y 2</th> <th>Año 3</th> <th>Año 4 o +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>13,000</td> <td>18,200</td> <td>Sin lím o S.A.</td> </tr> </tbody> </table>	Plan Íntegro					Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +	A	13,000	18,200	Sin lím o S.A.	B	10,500	14,650	Sin lím o S.A.	C	9,900	13,800	Sin lím o S.A.	D	9,150	12,500	Sin lím o S.A.	E	9,150	12,000	Sin lím o S.A.	F	7,600	10,500	Sin lím o S.A.	G	6,900	9,900	Sin lím o S.A.	J	9,150	12,500	Sin lím o S.A.	N	10,500	14,650	Sin lím o S.A.	Plan Práctico					Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +	A	10,500	14,650	Sin lím o S.A.	B	9,150	12,000	Sin lím o S.A.	C	8,500	12,000	Sin lím o S.A.	D	7,400	10,500	Sin lím o S.A.	E	6,900	9,900	Sin lím o S.A.	F	6,350	9,350	Sin lím o S.A.	G	5,300	7,400	Sin lím o S.A.	J	7,400	10,500	Sin lím o S.A.	N	9,150	11,950	Sin lím o S.A.	Plan Pleno Occidente					Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +		11,450	15,300	Sin lím o S.A.	Plan Monterrey y Origina					Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +		13,000	18,200	Sin lím o S.A.
Plan Íntegro																																																																																																																					
	Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +																																																																																																																		
A	13,000	18,200	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
B	10,500	14,650	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
C	9,900	13,800	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
D	9,150	12,500	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
E	9,150	12,000	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
F	7,600	10,500	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
G	6,900	9,900	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
J	9,150	12,500	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
N	10,500	14,650	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
Plan Práctico																																																																																																																					
	Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +																																																																																																																		
A	10,500	14,650	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
B	9,150	12,000	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
C	8,500	12,000	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
D	7,400	10,500	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
E	6,900	9,900	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
F	6,350	9,350	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
G	5,300	7,400	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
J	7,400	10,500	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
N	9,150	11,950	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
Plan Pleno Occidente																																																																																																																					
	Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +																																																																																																																		
	11,450	15,300	Sin lím o S.A.																																																																																																																		
Plan Monterrey y Origina																																																																																																																					
	Año 1 y 2	Año 3	Año 4 o +																																																																																																																		
	13,000	18,200	Sin lím o S.A.																																																																																																																		

COBERTURA BÁSICA

Nombre del Producto	AMI	Pleno Ext. Cobertura	Pleno	Origina	Íntegro	Práctico
Edades de cobertura	Contratación: 0 a 69 años Renovación: Garantizada después del año					
Forma de pago	Mensual, trimestral, semestral y anual.					