



Ficha Técnica

Ala Segura
Ala azul

Es una solución que brinda protección para la salud del asegurado y sus seres queridos ante los accidentes y enfermedades más comunes a un precio accesible y con una cobertura amplia e integral.

Mercado objetivo

- Personas pertenecientes al nivel socio económico C+, C y C-.
- Personas que no cuentan con un seguro de gastos médicos mayores.
- Personas que busquen un seguro de protección básica ante los gastos médicos originados por accidentes, enfermedades y emergencias médicas.

Beneficios

- Contratación por medios digitales.
- Cobertura indemnizatoria por enfermedades graves.
- No cuenta con cuestionario médico para la contratación.
- Posibilidad de incluir al cónyuge e/o hijos dependientes económicos.

Características

Tipo de póliza: individual o familiar.
Plazo: mensual renovable.
Moneda: pesos.
Suma asegurada: \$1,000,000 por padecimiento.
Forma de pago: mensual.
Medios de pago: domiciliación a tarjeta de crédito o débito.
Renovación: automática.
Cobertura: nivel nacional.
Pago al asegurado: directo y reembolso.

Edades de aceptación y renovación:

Asegurado / cobertura	Edades de aceptación	Edad máxima de renovación
Titular y cónyuge	18 – 65 años	99 años
Hijo(a) dependiente económico	0 – 36 años	36 años
Diagnóstico de enfermedades graves	0 – 60 años	64 años

Cobertura básica

Tratamientos cubiertos:

- Padecimientos congénitos, prematuros o genéticos (incluye estrabismo); siempre que el recién nacido sea dado de alta dentro de los 10 días de nacido y no sea producto de la biología de la reproducción. Cuenta con período de espera de 10 meses.
- Accidentes por práctica *amateur*, ocasional y como esparcimiento de cualquier deporte (no profesional), con excepción de los deportes como karate, lucha, box, tauromaquia y los relacionados con vehículos con motor.
- Circuncisión, siempre que ésta sea necesaria funcionalmente y no de tipo preventiva.
- Tratamientos de nariz y senos paranasales que no sean por razones estéticas; en caso de enfermedad se aplicará el deducible contratado y un coaseguro del 50%.
- Se cubre el parto, cesárea y óbito fetal hasta \$15,000, este beneficio se podrá extender a sus asegurados adicionales. Cuenta con período de espera de 10 meses.
- Se cubre el legrado obstétrico, siempre y cuando el asegurado haya cubierto los 6 meses de espera, a consecuencia de:
 - Embarazo anembrionario.
 - Huevo muerto retenido.
 - Aborto involuntario en evolución.
- Se cubren las complicaciones del embarazo y/o puerperio, siempre y cuando el asegurado haya cubierto los 6 meses de espera, a consecuencia de:
 - Embarazo extrauterino.
 - Fiebre puerperal o infecciones puerperales.
 - Placenta accreta.
 - Placenta previa.
 - Cerclaje cervical.
 - Atonía uterina.

Gastos Cubiertos

Se cubren los gastos mencionados a continuación, que se realicen como consecuencia de tratamientos indicados por un médico, debido a algún accidente o enfermedad cubiertos. En caso de enfermedad, quedan cubiertas las que se originen cuando menos quince días después del alta del asegurado a esta póliza.

- **Habitación hospitalaria:** gastos realizados por estadía en habitación estándar hospitalaria o su equivalente incluyendo la cama extra para el acompañante.
- **Servicios médicos quirúrgicos:** atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos, anestesiólogos, ayudantes e instrumentistas con el límite establecido en la tabla de honorarios por atención médica/quirúrgica.
 - Honorarios cirujano: monto indicado en la tabla de honorarios.
 - Honorarios anestesiólogo: tope máximo del 30% de los honorarios pagados al cirujano.
 - Honorarios primer ayudante: tope máximo del 20% de los honorarios pagados al cirujano.
 - Honorarios instrumentista: tope máximo del 5% de los honorarios pagados al cirujano.
- Los siguientes honorarios estarán cubiertos únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional:
 - Honorarios segundo ayudante: tope máximo del 10% de los honorarios pagados al cirujano.
 - Honorarios perfusionista: tope máximo del 15% de los honorarios pagados al cirujano.
 - Honorarios del intensivista: tope máximo del 15% de los honorarios pagados al cirujano.

Los siguientes gastos se cubrirán si están relacionados con el padecimiento cubierto:

- Sala de operación, recuperación y de curaciones.
- Equipo de anestesia.
- Aplicación y transfusión de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- Consumo de oxígeno.
- La estancia en unidad de cuidado intensivo.
- Terapia intermedia.
- Terapia intensiva.
- Coronarios.



Honorarios por consultas médicas: de acuerdo con el límite establecido; para consultas postoperatorias siempre y cuando se paguen dentro de los 10 días siguientes a la operación que les dio origen.

Honorarios de enfermero: serán cubiertos por un período máximo de 30 días con tres turnos máximos de ocho horas cada uno; en caso de reembolso el costo máximo por día será de 15 UMA's.

Unidad de cuidado intensivo: gastos originados por la estancia en terapia intensiva, terapia intermedia o unidad de cuidados coronarios.

Pago de medicamentos: suministrados o adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por médicos tratantes y tengan relación con el padecimiento cubierto.

Exámenes de laboratorio: para diagnóstico de enfermedades o accidentes cubiertos.

Ambulancia terrestre local: gastos por transportación en ambulancia terrestre, en caso de reembolso aplicará un coaseguro del 20%.

Prótesis: a causa de enfermedad o accidente cubierto; en caso de prótesis mamarias solo se cubre el lado afectado considerando el expansor y prótesis mamaria, pero estará excluida en caso de cáncer; **no se cubren aparatos experimentales o reposición de prótesis.**

Rehabilitaciones: médicamente justificadas de acuerdo con el diagnóstico, prescritas por el médico tratante y se hayan autorizado por la compañía; estarán limitadas a treinta sesiones por padecimiento; **no se cubren rehabilitaciones para corregir trastornos de aprendizaje.**

Renta o compra de aparatos: para rehabilitar al enfermo, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante; **no cubre zapatos o plantillas ortopédicas, anteojos o lentes de contacto.**

Emergencia de gastos médicos no cubiertos: se cubren en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier emergencia médica por las complicaciones posteriores al alta hospitalaria de las siguientes exclusiones por una suma asegurada de \$100,000.



- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia, bulimia, aumento de peso o tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual.
- Tratamientos con fines preventivos.

Podrás consultar la tabla de honorarios y la red médica en www.segurosura.com.mx en la sección de servicios en tabulador quirúrgico y red médica.

Enfermedades cubiertas con periodo de espera que no se deriven de un accidente o emergencia.

Con 1 mes:

- Enfermedades provocadas por epidemias, pandemias o el coronavirus de cualquier tipo.

Con 6 meses:

- Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.
- Tratamientos de vesícula y vías biliares.
- Juanetes (*hallux valgus*).
- Tratamiento de litiasis de vías urinarias.
- Legrado por aborto.
- Padecimientos ginecológicos no relacionados con el embarazo ni puerperio.



Con 10 meses:

- Complicaciones del embarazo y/o puerperio.
- Parto, cesárea y óbito fetal.
- Padecimientos congénitos, prematuros o genéticos.

Con 12 meses:

- Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
- Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
- Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de las rodillas, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
- Enfermedades de columna vertebral.
- Nariz y senos paranasales.
- Cirugías del piso perineal.
- Padecimientos anorrectales, hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapso del recto.
- Hernias, eventraciones y protrusiones cualquiera que sea su causa, incluyendo la hiatal y la de disco.
- Diabetes.
- Hipertensión.
- Atritis reumatoide.
- Lupus.
- Cardiopatías.
- Hipercolesterolemias y trigliceridemias.
- Hepatitis crónica por esteatosis hepática y por virus de la hepatitis B, C o E.
- Enfermedades diverticulares.

Con 24 meses:

Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus complicaciones, siempre y cuando los anticuerpos sean detectados después del periodo de espera con los estudios serológicos: *ELISA* y *Western Blot*.

Coberturas adicionales

Diagnóstico de enfermedades graves

Si el asegurado llega a ser diagnosticado con alguna de las enfermedades que se enlistan a continuación, se pagará la suma asegurada de \$100,000 para esta cobertura:

- Cáncer; incluye leucemia, los síntomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.
- Accidente cerebrovascular.
- Trasplante de órganos.
- Insuficiencia renal crónica, **siempre que no sea a consecuencia de diabetes o hipertensión arterial.**

La enfermedad grave deberá ser diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de la póliza y teniendo al menos treinta días con la póliza. El diagnóstico deberá ser certificado por escrito por un médico especialista.

Principales exclusiones

Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:

- Actividades militares de cualquier tipo.
- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado.
- Aviación privada en calidad de tripulante o mecánico.
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando la persona realiza un deporte en público y recibe una remuneración económica con motivo de dicha práctica.

Gastos incurridos a consecuencia de:

- Gastos de acompañantes del asegurado; excepto la cama extra.
- Gastos de tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, del lenguaje o audición, déficit de atención, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías cualquiera que sea la causa.
- Tratamientos encaminados a corregir la disfunción sexual, incluyendo la eréctil.
- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilofaciales; excepto los que acontezcan a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales.
- Curas de reposo o exámenes generales conocidos como *check ups*.

- Tratamientos de calvicie o acné.
- Tratamientos para corregir anorexia, bulimia y obesidad.
- Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos accidentes ocasionados por culpa grave del asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol y/o bajo el influjo de drogas.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos propios de la edad como climaterio, andropausa, impotencia, osteopenia y osteoporosis, queratosis.
- Padecimientos congénitos, enfermedades y/o complicaciones de recién nacidos prematuros originados por alcoholismo, drogadicción y/o cuando los padres del menor asegurado se hayan sometido o se encuentren en tratamiento de infertilidad o esterilidad.
- Padecimientos preexistentes.
- Células madres únicamente para enfermedades mielodisplásicas.
- Sinistros complementarios de las aseguradoras anteriores del asegurado.
- Padecimientos oncológicos, accidente cerebro vascular, trasplante de órganos e insuficiencia renal crónica.
- Honorarios por tratamientos naturistas o cualquier medicina alternativa.
- Ambulancia aérea.

Dentro de la cobertura de diagnóstico de enfermedades graves se tienen las siguientes:

Cáncer

- Hayan recibido previamente tratamiento por cualquier otro tipo de cáncer.
- Enfermedades relacionadas o derivadas de sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
- Cuando el cáncer se derive de exposición a radiaciones o contaminación radioactiva a consecuencia de la ocupación del asegurado.
- Carcinoma in situ y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o melanoma de piel diferente del melanoma maligno y aquellos clasificados como limítrofes o border line y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.

Accidente cerebro vascular

- Causas traumáticas accidentales, episodios de isquemia cerebral transitoria y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.

¿Cómo se pagan los gastos?

Pago directo:

Si el asegurado hace uso de la red médica disponible del Plan de Salud Ala Azul, la compañía realizará el pago de los gastos generados de manera directa al prestador de servicios de acuerdo con las condiciones de su póliza. El deducible será el estipulado en la carátula de la póliza, pero no aplicará coaseguro.

Para la cobertura de nariz y senos paranasales, se aplicará el deducible y coaseguro establecido en dicha cobertura.

Reembolso:

Si el asegurado no hace uso de la red médica disponible del Plan de Salud Ala Azul deberá realizar el pago de manera directa al prestador de servicios y de manera posterior deberá de entregarle a la compañía todos los comprobantes para que se le restituyan los gastos que haya realizado vía reembolso y de acuerdo con las condiciones de su póliza.

En caso de accidente o urgencia médica se aplicará un deducible de \$1,500 y un coaseguro del 10%, en caso de enfermedad se aplicará un deducible de \$3,000 y un coaseguro del 50%.

El contenido de este material es únicamente informativo, el producto está sujeto a términos y condiciones y se registrá por las disposiciones contractuales y legales aplicables. Queda estrictamente prohibida su reproducción total o parcial.

Seguros SURA México, S.A. de C.V.

Bld. Adolfo López Mateos 2448, Col. Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México.

Tel. 55 5723 7999