

CONDICIONES GENERALES

GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO PRESTACIÓN

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES



**GASTOS MÉDICOS
COLECTIVO
PRESTACIÓN
2017**

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.....	5
2. OBJETO DEL SEGURO.....	8
3. CONTRATO.....	8
4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.....	9
4.1 GASTOS HOSPITALARIOS.....	9
4.2 HONORARIOS MÉDICOS.....	9
4.3 MEDICAMENTOS.....	9
4.4 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	9
4.5 OTROS SERVICIOS MÉDICOS.....	10
4.6 EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES PARTICULARES.....	11
5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.....	14
6. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.....	15
6.1 SUMA ASEGURADA.....	15
6.2 DEDUCIBLE.....	15
6.3 COASEGURO.....	16
6.4 TOPE DE COASEGURO.....	16
6.5 CRITERIO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE, COASEGURO Y TOPE DE COASEGURO.....	16
6.6 NIVEL HOSPITALARIO.....	16
6.7 PAGO DIRECTO.....	16
6.8 REEMBOLSO.....	17
7. EXCLUSIONES.....	17
8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.....	20
9. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO.....	20
9.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.....	20
9.2 MATERNIDAD.....	20
9.3 ACCIDENTES PERSONALES.....	21
9.4 GASTOS DE SEPELIO.....	22
9.5 INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS.....	23
9.6 COBERTURA INTERNACIONAL.....	23
9.7 PREVISIÓN MAPFRE.....	23
9.8 REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA.....	25
9.9 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.....	25
10. SERVICIOS ADICIONALES.....	26
10.1 CENTRAL MÉDICA.....	26
10.2 ASISTENCIA EN VIAJE.....	26
10.3 OBERTURA DENTAL.....	28
10.4 OBERTURA DE VISIÓN.....	30
11. CLÁUSULAS GENERALES.....	31
11.1 CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.....	31
11.2 CLÁUSULAS OPERATIVAS.....	34
11.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES.....	34
12. ANEXO DE LEYES.....	37



1. DEFINICIONES

- 1.1 MAPFRE.** En lo sucesivo se entenderá por **MAPFRE** a la aseguradora **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**
- 1.2 ABORTO INVOLUNTARIO** (espontáneo). Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (133 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos).
- 1.3 ACCIDENTE.** Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia.
- Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:
- La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
 - La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
 - Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.
- 1.4 ASEGURADO.** Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado, pudiendo ser asegurado titular o dependiente económico.
- 1.5 ASEGURADO TITULAR.** Es la persona física que tiene el vínculo con el contratante de acuerdo con la definición de colectividad asegurable. Podrá autorizar a una persona para cobrar saldos pendientes a su favor derivados de gastos amparados por la póliza en caso de fallecimiento.
- 1.6 CENTRAL MÉDICA.** Servicio de asistencia telefónica que se otorga para cada integrante de la póliza, las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional. El servicio ofrecido se encuentra especificado en estas Condiciones Generales.
- 1.7 CESÁREA (obtención del producto de manera artificial).** Consiste en la obtención del producto de la gestación, placenta y membranas por medio de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. Este procedimiento se indica cuando

exista un trastorno ó alteración con la madre ó el producto. Los honorarios médicos quirúrgicos de este procedimiento estarán en función a lo establecido en el tabulador de horarios médicos de acuerdo al plan contratado.

- 1.8 CIRUGÍA PROGRAMADA.** Beneficio otorgado al asegurado cuando **MAPFRE** confirma al asegurado y al prestador de servicios, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, que efectuará el pago directo de los gastos procedentes que implique la atención del asegurado de acuerdo a los lineamientos vigentes en **MAPFRE**.
- 1.9 COASEGURO.** De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible. El valor del Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 6 numeral 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.
- 1.10 COBERTURA BÁSICA.** Es la que se refiere a los gastos cubiertos detallados en las secciones 4ª y 5ª de las presentes Condiciones Generales, y que se delimitan por los alcances especificados en la carátula de la póliza, en estas Condiciones Generales y endosos adicionales que se hayan entregado al contratante.
- 1.11 COLECTIVIDAD ASEGURABLE.** Constituyen una colectividad asegurable todas las personas que cumplen con las características de la definición establecida de común acuerdo entre el contratante y **MAPFRE** que constará en la carátula de la póliza.
- 1.12 CONTRATANTE.** Persona física o moral que celebra el contrato de seguro.
- 1.13 DEDUCIBLE.** De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado.
- El deducible se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 6 numeral 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.
- El monto del deducible contratado para las coberturas que aplique este concepto, se especifica en la carátula de póliza.
- 1.14 DEPENDIENTES ECONÓMICOS.** Podrá considerarse como tales a: cónyuge o concubina o concubinario del titular, e hijos solteros menores a 25 años del titular incluidos en la póliza y que cumplan con la definición de colectividad asegurable.

1.15 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Son todas aquellas pruebas clínicas, de laboratorio, gabinete o de imagen que se realicen con la finalidad de descartar otras enfermedades de característica o manifestaciones similares.

1.16 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. Es toda emergencia médica que ocurra fuera del territorio nacional, mientras el asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.

1.17 EMERGENCIA MÉDICA. Es la aparición súbita de una alteración del estado de salud del Asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que de acuerdo a su severidad ponen en peligro la vida del asegurado o la viabilidad de alguno de sus órganos. La emergencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.

1.18 ENDOSO. Documento, generado por la aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo o el tipo de administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

1.19 ENFERMEDAD. Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico quirúrgico.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como un sólo evento.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará enfermedad cubierta, aplicando deducible y coaseguro:

- Hernias, protusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
- Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que NO hayan recibido atención médica dentro de los primeros 30 días de ocurridas.

1.20 ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en

alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento.

Para los fines y alcances de la cobertura que esta póliza ofrece, el conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un sólo evento.

1.21 ESTABILIZACIÓN MÉDICA. Salir de la situación crítica del estado agudo del padecimiento manteniendo sus signos vitales dentro de los rangos normales.

1.22 EVENTO. Se considera como tal a todo tipo de afectación de la salud del asegurado a consecuencia de un padecimiento, incluyendo todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

1.23 FRANJA FRONTERIZA. Se refiere al territorio de Estados Unidos de Norteamérica que constará para efectos del presente seguro, de 20 kms. de ancho y cuyo límite sur es la frontera con México.

1.24 HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es el pago que obtiene el profesional de la salud legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

1.25 HOSPITAL. Institución de salud legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

1.26 HOSPITALES DE RED. Son los indicados en el Directorio de Prestadores de Servicios a los que se tiene derecho de acuerdo al plan y estado contratado y que adicionalmente pueden ser consultados a través de Central Médica o en la página de Internet: www.mapfre.com.mx

1.27 IMPLANTACIÓN. Se refiere a la inclusión, inserción, inoculación o injerto. Su aplicación depende del tema o la especialidad de la que se trate. Puede ser tejido, sustancias orgánicas, artificiales, radioactivas, o aparatos eléctricos como los marcapasos.

1.28 MÉDICO. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado, que puede ser Médico General, Especialista Certificado y/o Cirujano Certificado.

- 1.29 MÉDICO ACUPUNTURISTA.** Es aquel profesional que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista.
- 1.30 MÉDICO HOMEÓPATA.** Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como homeópata.
- 1.31 MÉDICO DE RED.** Médico que mantiene convenio con **MAPFRE** para dar atención a sus asegurados. El directorio de médicos de red podrá consultarse a través de Central Médica o en la página de Internet de **MAPFRE**.
- 1.32 PADECIMIENTO.** Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier accidente o enfermedad.
- 1.33 PADECIMIENTO PREEXISTENTE.** Padecimientos contraídos y/o manifestados antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza). Dichos padecimientos se apegarán a lo establecido en la cláusula general 11.1.1.
- 1.34 PAGO DIRECTO.** Es el pago que realiza directamente **MAPFRE** al prestador de servicios, siempre y cuando se trate un hospital de red y/o un médico de red, por la atención médica o quirúrgica de padecimientos cubiertos por el contrato, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el apartado 6. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.
- 1.35 PARTO NORMAL (eutócico, natural o vaginal).** Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.
- 1.36 PARTO PREMATURO.** Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas 20 y 37 de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.
- 1.37 PERIODO AL DESCUBIERTO.** Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Empieza al terminar el Periodo de Gracia.
- 1.38 PERIODO DE ESPERA.** Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir antes de considerar protegidos los padecimientos que se enuncian en el apartado **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA**. Este periodo de espera opera para cada asegurado.
- 1.39 PERIODO DE GRACIA.** Es aquel intervalo de tiempo durante el cual, en caso de no pagar la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, quedan suspendidos los beneficios de pago directo que se deriven de esta póliza, sin que ello implique la pérdida de continuidad en la cobertura. Se genera por falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Si no hubiere sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.
- 1.40 PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES.** La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.
- 1.41 PRÓTESIS.** Pieza o dispositivo que reemplaza a un órgano, miembro y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad del órgano ó miembro original.
- 1.42 QUIROPRÁCTICO.** Es aquel profesional que cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión, quien se basa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema neuro-esquelético aplicando los principios de manipulación y ajuste de la columna vertebral.
- 1.43 RECIÉN NACIDO.** Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 30 días de haber nacido.
- 1.44 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.** Es la fecha a partir de la cual **MAPFRE** reconocerá como aseguramiento ininterrumpido en un seguro de Gastos Médicos Mayores, aún cuando se trate de tiempo como asegurado en otra Compañía de Seguros legalmente establecida en los Estados Unidos Mexicanos.
- 1.45 REEMBOLSO.** Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán

Al momento de originarse un periodo al descubierto, el o los Asegurados que estén incluidos en la póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando asegurados en **MAPFRE** o en otra Compañía de Seguros y también los beneficios que habían adquirido incluyendo los pagos complementarios de siniestros en curso de pago ocurridos con anterioridad a dicho periodo.

aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

1.46 SIDA. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).

1.47 SIGNOS. Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad que son demostradas mediante un diagnóstico por un médico legalmente autorizado mediante pruebas de gabinete, laboratorio u otro medio reconocido de diagnóstico.

1.48 SINTOMAS. Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.

1.49 SEGUNDA VALORACIÓN. A solicitud de **MAPFRE** el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico inicial del padecimiento a tratar, por medio de médicos de red designados por **MAPFRE**. Este servicio se otorga sin costo alguno y se aplica en los casos donde **MAPFRE**, lo considere conveniente.

1.50 SUMA ASEGURADA. Se define como el límite máximo de responsabilidad de **MAPFRE**, para cada asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto. Dicho límite máximo para los padecimientos cubiertos es el contratado para la cobertura básica y el cual se especifica en la carátula de póliza, salvo para los expresamente indicados dentro del presente contrato.

1.51 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS. Lista detallada de procedimientos médicoquirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos, de acuerdo al plan contratado. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos.

El presente tabulador únicamente operará cuando las reclamaciones sean por algún padecimiento cubierto y se presenten vía reembolso.

1.52 TOPE DE COASEGURO. Es la cantidad máxima que paga el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, establecido en la carátula de la póliza. El valor del Tope de Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Tope de Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 6 numeral 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.

1.53 VIH. Se considera que una persona está infectada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) cuando en una prueba serológica (ELISA)

el resultado es positivo y esto es confirmado mediante una prueba suplementaria de Western Blot.

1.54 VITAL. Se refiere a lo que es indispensable, insustituible e irremplazable para la supervivencia.

1.55 ESTADO DE CONTRATACIÓN. Es el estado de la república mexicana utilizado por **MAPFRE** para el cálculo de la prima.

2 .OBJETO DEL SEGURO

MAPFRE se obliga a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicamente necesarios al asegurado por causa de un padecimiento cubierto o evento específicamente señalado como amparado en este contrato, dentro de los términos, condiciones y montos que se especifican en la carátula de la póliza, siempre que la causa que les dio origen ocurra y se inicie durante la vigencia de dicho contrato y que sean necesarios para la recuperación de la salud del asegurado; así como, que el asegurado haya cumplido con las obligaciones que para él se desprenden de este documento.

Las obligaciones de la aseguradora tendrán como límite lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto al padecimiento que haya afectado al Asegurado.

3. CONTRATO.

La presente póliza, estas condiciones generales, la solicitud que el contratante ha firmado, los consentimientos que los asegurados titulares y/o asegurados han firmado y entregado a **MAPFRE** así como las cláusulas adicionales o endosos adheridos a la póliza, constituyen la prueba del Contrato de Seguro. Los agentes de Seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

De acuerdo al Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado puede pedir rectificación sobre el contenido de su póliza dentro de los primeros 30 días a partir de que reciba la misma, en caso contrario, se consideran aceptadas las estipulaciones y modificaciones de la póliza.

4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de un padecimiento cubierto, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, **MAPFRE** pagará o reembolsará los gastos por los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en la póliza. El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos, según el plan contratado y estado de contratación, si el pago se realiza vía reembolso.

4.1 Gastos Hospitalarios

4.1.1 CAMA EXTRA. Costo de cama extra para el acompañante del asegurado en territorio nacional durante la estancia de éste en un Hospital, siempre que el asegurado afectado se encuentre en el cuarto privado estándar.

4.1.2 CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR. Gastos originados por cuarto privado estándar y alimentos para el paciente en territorio nacional.

4.1.3 ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y/O UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. Gastos originados por estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.

4.1.4 SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN Y CURACIONES. Gastos originados por sala de operaciones, recuperación y curaciones.

4.2 Honorarios Médicos

4.2.1 HONORARIOS DE ENFERMERA. Si el médico tratante determina que es indispensable, se cubrirán los honorarios de enfermera de acuerdo a nuestro tabulador, pudiendo amparar las 24 horas al día en diversos turnos (máximo 3) y hasta un máximo de 30 días naturales. El servicio prestado de enfermera siempre deberá ser intra-domiciliario y será cubierto por reembolso.

4.2.2 HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTA. Honorarios médicos por consulta de algún padecimiento cubierto por la póliza, así como las consultas del médico tratante previas a las intervenciones quirúrgicas y postmédico-quirúrgicas necesarias para el restablecimiento de la salud a excepción de las de rutina (control prenatal, chequeos, atención de niño sano, etc.). El pago de los honorarios médicos por estas consultas estará sujeto al tabulador de honorarios médicos.

4.2.3 HONORARIOS QUIRÚRGICOS. Los honorarios quirúrgicos estarán sujetos al tabulador de honorarios médicos por reembolso hasta la cantidad señalada para los procedimientos detallados en el mismo, la cual incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anesthesiólogos, instrumentistas y circulantes, así como las consultas que se originan por el procedimiento quirúrgico hasta 15 días posteriores al alta hospitalaria. Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente, se valorarán por similitud.

4.3 Medicamentos

4.3.1 MEDICAMENTOS. Gastos originados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con el padecimiento reclamado, presentando receta y factura con el desglose de los medicamentos.

4.3.2 OXÍGENO. Gastos originados por consumo de oxígeno siempre que esté prescrito por el médico tratante y que tenga relación con el padecimiento reclamado.

4.3.3 TRANSFUSIONES DE SANGRE. Gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes siempre prescritas por el médico tratante.

4.4 Auxiliares de Diagnóstico

4.4.1 ANÁLISIS DE LABORATORIO. Gastos originados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o de

cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos cubierta por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

4.5 Otros Servicios Médicos

4.5.1 AMBULANCIA

TERRESTRE. Gastos de ambulancia terrestre cuando el asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado siempre y cuando sea consecuencia de una emergencia médica y dentro de los límites de la República Mexicana.

Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

AÉREA. MAPFRE cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de ambulancia aérea en territorio nacional, siempre y cuando esta se requiera como consecuencia de una emergencia médica de un padecimiento cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

Se aplicará un coaseguro del 30% o el de la cobertura básica, el que resulte mayor, sobre el total de la factura de vuelo, sin aplicar tope del mismo.

MAPFRE cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.

En ningún caso se cubrirán los gastos adicionales generados por concepto de uso de aeropuerto.

4.5.2 TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES Y MAXILARES. Gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, cuando se requieran como consecuencia directa de un accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o como complicaciones de una enfermedad cubierta, previa autorización de **MAPFRE**.

4.5.3 TRATAMIENTOS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO. Gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico que resulten indispensables a consecuencia de padecimientos no excluidos en esta póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la misma para cada asegurado.

4.5.4 PRÓTESIS. Los gastos que resulten de aparatos ortopédicos ó prótesis serán cubiertos por **MAPFRE**, siempre y cuando se requieran durante la vigencia del seguro como consecuencia de un padecimiento cubierto:

En el caso de reposición de prótesis vitales estará cubierto siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- **MAPFRE** hubiere pagado la primera prótesis, a consecuencia de un padecimiento amparado.
- Hayan transcurrido por lo menos 5 años desde la última implantación.
- La prótesis a reponer se considere como vital.

La reposición de prótesis no vitales, estará cubierta siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- **MAPFRE** hubiere pagado la primera prótesis, a consecuencia de un padecimiento amparado.
- Hayan transcurrido por lo menos 2 años desde la última implantación.

El costo de los aparatos ortopédicos ó prótesis estará limitado a \$ 300,000 pesos (trescientos mil pesos 00/100 m.n.) y en caso de enfermedad se aplicará un incremento de 20 puntos porcentuales al coaseguro contratado, sin tope del mismo, para ambos incisos.

Los gastos por lentes de cualquier tipo, armazones, dentaduras o piezas dentales no se consideran como prótesis.

4.5.5 RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL. La renta de equipo, suministros y atención especializada que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del Asegurado, siempre y cuando sea prescrito por el Médico Tratante.

4.5.6 REHABILITACION FÍSICA. Tratamientos médicos de rehabilitación física realizados en centros especializados que resulten indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado, que sean consecuencia de un padecimiento cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando sean preescritos por el médico tratante y proporcionados por personal médico y/o especializado en rehabilitación física, que estén legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

4.6 Eventos Sujetos a Condiciones Particulares

4.6.1 DOS O MÁS CIRUGÍAS EN LA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA. Cuando se practiquen dos cirugías en la misma sesión quirúrgica, se cubrirán los gastos originados de la siguiente manera:

- Sí las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica:
 - a. Y un sólo cirujano practica las cirugías, **MAPFRE** pagará los honorarios quirúrgicos de la principal (mayor costo) hasta el 100% y la segunda hasta el 50%.
 - b. Y se requiere de la intervención de dos cirujanos ó más de diferente especialidad los honorarios quirúrgicos de ambos serán cubiertos hasta el 100%.
- Sí las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, los honorarios quirúrgicos de las cirugías serán cubiertas hasta el 100%.

En caso de requerirse una tercera o más cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios quirúrgicos quedaran a cargo del asegurado.

El párrafo anterior no aplica en caso de pacientes declarados como politraumatizados.

4.6.2 POLITRAUMATIZADO. En el caso de politraumatizado se seguirá el procedimiento anterior; si se requiere la intervención de otro ó más especialistas los honorarios de éstos serán cubiertos al 100% del tabulador.

4.6.3 TRASPLANTE DE ÓRGANOS. Gastos por trasplante de órganos hasta la suma asegurada o \$ 4, 000,000 pesos (cuatro millones de pesos 00/100 m.n.) lo que sea menor, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica. Se cubrirán únicamente los gastos del receptor en caso de que éste sea nuestro asegurado así como los del donador exclusivamente por las pruebas de compatibilidad, el procedimiento quirúrgico, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación a nuestro asegurado.

4.6.4 PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Estarán cubiertos los gastos por padecimientos o malformaciones congénitas de los hijos nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua con **MAPFRE** al momento del nacimiento del menor.

Esta cobertura no aplica para los hijos(as) de las hijas aseguradas.

Los gastos a que se refiere este inciso se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado y es condición necesaria reportar por escrito el nacimiento del nuevo asegurado en un plazo que no excederá los 30 días posteriores al nacimiento para que su aceptación sea automática. Transcurrido este plazo **MAPFRE** determinará mediante su proceso de suscripción si es viable la aceptación del menor en la póliza.

En adición a la sección 7ª , Exclusiones, esta cobertura no ampara:

- a. **Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o esterilidad el embarazo múltiple, por lo tanto los gastos por los nacimientos prematuros, a consecuencia de estos tratamientos, no estarán cubiertos.

b. No están cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.

4.6.5 QUIROPRÁCTICOS. Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de quiropráctico, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- **El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina homeópata ó acupuntura.**
- Los tratamientos cubiertos estarán enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
- El costo máximo por consulta o sesión será el que se marca en el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación de acuerdo al producto y estado contratada. En caso de requerirse, **MAPFRE** pagará hasta de lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de las terapias o consultas necesarias para su total restablecimiento.

4.6.6 HOMEOPATÍA. Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de homeópata, siempre y cuando se realicen por un médico homeópata de acuerdo a la definición de éste, contemplada en la sección 1ª. numeral 1.27 y se cumpla con los siguientes requisitos:

- **El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, acupuntura o tratamientos quirúrgicos.**

- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador, de acuerdo al producto y estado contratado.

- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.

- **Ningún tratamiento con medicina homeopática podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

4.6.7 ACUPUNTURA. Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de acupuntura, siempre y cuando se realicen por un médico acupunturista de acuerdo a la definición de éste, contemplada en la sección 1ª numeral 1.27 y se cumpla con los siguientes requisitos:

- **El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, homeópata o tratamientos quirúrgicos.**

- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador, de acuerdo al producto y estado contratado.

- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.

- **Ningún tratamiento con acupuntura podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

4.6.8 PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS.

Se cubrirán los gastos erogados únicamente por honorarios médicos y medicamentos por la atención de daño psiquiátrico o psicológico, siempre que la atención se requiera a consecuencia de alguno de los siguientes eventos, siempre y cuando ocurran durante la vigencia de la póliza y sea un padecimiento cubierto:

- Haber sufrido alguno de los siguientes eventos:
 - a. Politraumatizado.
 - b. Amputaciones.
 - c. Quemaduras de tercer grado.
 - d. Trasplantes.
- Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:
 - a. Cáncer.
 - b. Accidente Vascular Cerebral.
 - c. Infarto al Miocardio.
 - d. Insuficiencia Renal.
- Si mediante la presentación del acta del ministerio público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - a. Asalto.
 - b. Secuestro.
 - c. Violación.

Se cubre la ansiedad y/o depresión consecuencia de los eventos o enfermedades enunciados en esta cláusula.

Se cubrirán los gastos erogados por honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 24 consultas a partir de la fecha de la primera consulta, por un periodo máximo de 1 año. Sólo se brinda la cobertura en la República Mexicana y hasta por la cantidad máxima señalada en el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos.

Se deberá entregar una actualización del informe médico o de tratamiento por lo menos cada 6 meses, donde se describa la evolución y pronóstico del paciente.

Se cubrirán todos los gastos por medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.

Para efecto de acreditar la procedencia del tratamiento es necesario que el médico tratante presente el diagnóstico de la necesidad de este soporte adicional como parte de su tratamiento y que mediante evaluación de un médico psiquiatra confirme dicho diagnóstico.

Se aclara que ambos profesionales de la salud mencionados deben contar con los documentos oficiales que los acrediten como médicos de cada especialidad (título, cédula profesional y cédula de especialidad).

En adición a la sección 7ª, Exclusiones, esta cobertura no ampara:

- a) **Los gastos erogados por honorarios del médico psiquiatra y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con la acreditación descrita anteriormente. Esta exclusión sólo operara para los médicos que no pertenezcan a la red de MAPFRE.**

Los gastos erogados por tratamiento de los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar o considerar de facto la cobertura de otros padecimientos relacionados o no.

4.6.9 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Se cubrirá cualquier complicación del embarazo, siempre y cuando la asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza.

4.6.10 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El asegurado y sus dependientes podrán corroborar el diagnóstico inicial de cualquier padecimiento amparado, por medio de médicos especialistas que el asegurado designe libremente de entre los médicos de red con **MAPFRE**. Este beneficio se cubrirá vía reembolso sin necesidad que se rebase el deducible contratado.

4.6.11 COMPLICACIONES DE PADECIMIENTOS NO CUBIERTOS

Mediante esta cobertura quedan cubiertos, en territorio nacional, los gastos erogados

a consecuencia de cualquier Emergencia Médica por la complicación de los siguientes tratamientos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, hasta la estabilización y/o control de la Emergencia Médica o hasta la suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

- a) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico.
- b) Tratamientos, médicos o quirúrgicos para la obesidad, anorexia y bulimia.
- c) Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para evitar o corregir la calvicie.
- d) Tratamientos para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- e) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares a consecuencia directa de un accidente no cubierto o como complicaciones de una enfermedad no cubierta.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando cumplan con la definición de Emergencia Médica estipulada en la sección 1ª numeral 1.17

La Suma Asegurada para esta cobertura será de \$300,000 pesos o la suma asegurada de la cobertura básica, lo que resulte menor.

Para esta cobertura aplica deducible y coaseguro contratados en la cobertura básica

En adición a la sección 7ª, Exclusiones, esta cobertura no ampara:

- **Gastos originados por Emergencia Médica de padecimientos preexistentes.**

5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Para cubrir los gastos erogados por los siguientes padecimientos deberá transcurrir el periodo de espera estipulado, con excepción de los gastos erogados a consecuencia de un accidente o una Emergencia Médica.

5.1 Periodo de espera de 30 días

Se cubrirán los gastos originados por las enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento

se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado. Esta limitación no opera en la renovación de la póliza.

5.2 Periodo de espera de 6 meses

Secubrirán los gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 6 meses de vigencia continua con **MAPPRE** para cada asegurado:

5.2.1 Gastos originados por tratamiento médico o quirúrgico de:

- a. Padecimientos ginecológicos.
- b. Padecimientos relacionados con columna vertebral.
- c. Hernias inguinales, inguino escrotales y post incisionales.
- d. Insuficiencias del piso perineal.
- e. Vesícula y vías biliares.
- f. Litiasis del sistema urinario.
- g. Glándulas mamarias. En caso de Fibrosis Quística Mamaria o cualquier otra afección tumoral.
- h. Várices.
- i. Hipertensión Arterial.
- j. Diabetes Mellitus.
- k. Padecimientos de rodilla

5.2.2 Gastos erogados a consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que en adición a cumplir el periodo de espera de 6 meses, deberán someterse a segunda valoración para determinar la procedencia del siniestro, previa al evento médico o quirúrgico.

• Cirugía nasal, para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico.

• Cirugía de pared y hernias abdominales.

5.3 Periodo de espera de 10 meses

Secubrirán los gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 10 meses de vigencia continua.

5.3.1 Ayuda de Maternidad. Se amparan los gastos erogados por el evento final al que se llegue por embarazo, trátese de parto normal o cesárea, ya sea de la titular, esposa, concubina o hija asegurada del titular hasta la suma asegurada especificada en el endoso para este concepto, sin aplicar el tabulador

de honorarios médicos quirúrgicos.

Para este beneficio no aplica deducible ni coaseguro.

Si la asegurada tenía contratada la cobertura de maternidad con **MAPFRE** se reconocerá la antigüedad generada en dicha cobertura para este beneficio.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura.

En caso de reclamación, la suma asegurada que aplicará será la que se haya tenido en el plan contratado al menos 10 meses anteriores al evento final; al que se llegue, por embarazo.

Esta cobertura sólo opera en territorio nacional y franja fronteriza. El pago sólo aplicará vía reembolso en caso de ser en franja fronteriza.

Los gastos del Recién Nacido Sano y de Circuncisión no están cubiertos.

El reconocimiento de antigüedad aplica siempre y cuando el ingreso a **MAPFRE** sea dentro de los 30 días siguientes a la fecha de fin de vigencia con otra Compañía de Seguros.

5.4 Periodo de espera de 12 meses

Se cubrirán los siguientes gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua.

5.4.1 Los gastos originados por circuncisión, cualquiera que sea su causa, siempre y cuando exista una indicación médica.

5.4.2 Los gastos originados por cataratas: **MAPFRE** considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a 12 meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.

5.4.3 Los gastos originados por tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.

5.4.4 Los gastos originados por padecimientos anorrectales.

5.4.5 Padecimientos prostáticos y artritis reumatoide.

5.4.6 Hallux valgus (juanetes).

5.4.7 Apnea obstructiva (enfermedad del sueño).

5.4.8 Los gastos originados por aparatos auditivos:

MAPFRE cubrirá los gastos por este concepto de acuerdo a lo establecido en la sección 4ª, numeral 4.5.4.

5.4.9 Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo), siempre que el asegurado tenga más de 5 dioptrías en al menos uno de los ojos, presentándose un estudio de paquimetría o topometría corneal.

No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1ª, numeral 1.42

5.5 Periodo de espera de 60 meses

Se cubrirán los siguientes gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 60 meses de vigencia continua.

5.5.1 Los gastos originados por infección por Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH sean seropositivos y no hayan sido detectados antes o durante este periodo.

Para este fin se considerará como Suma Asegurada la suma básica de la póliza al momento de iniciar los gastos, con un tope máximo de \$ 1,500,000 pesos (un millón quinientos mil pesos 00/100 m.n.).

6. . LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

6.1 Suma Asegurada. Toda indemnización que **MAPFRE** pague por padecimiento por asegurado, reducirá en igual cantidad la suma asegurada contratada en la vigencia donde se inició y ocurrió la causa que les dio origen, siendo reinstalada automáticamente para otros padecimientos diferentes que hayan ocurrido en la misma vigencia.

6.2 Deducible. Aplicará una sola vez en cada enfermedad o accidente cubierto.

En toda reclamación por accidente se eliminará el

deducible contratado cubriéndose desde el primer gasto erogado procedente, siempre y cuando el monto total de la(s) reclamación(es) supere(n) el deducible.

6.3 Coaseguro. Aplicará en cada reclamación procedente por padecimiento, sea inicial o complementaria.

6.4 Tope de Coaseguro. Cantidad máxima de coaseguro que aplicará por cada reclamación por padecimiento sea inicial o complementaria.

6.5 Criterio de Aplicación de Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro. De la reclamación que presente el asegurado se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza, Condiciones Generales y/o endosos específicos que delimiten los gastos que de acuerdo a la póliza están cubiertos.

A la cantidad resultante en el párrafo anterior, se le descontarán las participaciones establecidas como Deducible y Coaseguro que quedan a cargo del asegurado, en el siguiente orden: primero el Deducible y a la cantidad restante el coaseguro, hasta el tope contratado. El monto resultante es el que queda a cargo de **MAPFRE** hasta la suma asegurada contratada o el límite máximo establecido en Condiciones Generales.

6.6 Nivel Hospitalario. Cuando el asegurado acceda o reciba servicios de un hospital de clasificación superior al establecido en su póliza de acuerdo al plan contratado, tendrá una penalización en el coaseguro hospitalario de 30 puntos porcentuales sin tope del mismo en adición del coaseguro contratado según se trate de un accidente o una enfermedad, por los gastos erogados en dicho hospital, en este caso no opera el beneficio de Pago Directo y Cirugía Programada.

Si el Asegurado recibe atención en un hospital de clasificación inferior al establecido en su póliza de acuerdo al plan contratado, se podrán reducir como máximo de siete a diez puntos porcentuales del coaseguro contratado, sobre los gastos de hospitalización; manteniéndose el tope de coaseguro contratado de acuerdo al cuadro que a continuación se muestra; en este caso podrá operar el Pago Directo y Cirugía Programada.

Producto contratado	Hospitales en el Extranjero	Nivel "A"	Nivel "B"	Nivel "C"
HF Oro	Aplica el coaseguro contratado	Aplica el coaseguro contratado	Reducción hasta de 7pp*, aplica sólo en el gasto nacional	Reducción hasta de 10pp*, aplica sólo en el gasto nacional
HF	N/A	Aplica el coaseguro contratado	Reducción hasta de 7pp*, aplica sólo en el gasto nacional	Reducción hasta de 10pp*, aplica sólo en el gasto nacional

Producto contratado	Hospitales en el Extranjero	Nivel "A"	Nivel "B"	Nivel "C"
GMH Plus	N/A	Penalización de un incremento de 30pp*	Aplica el coaseguro contratado	Reducción hasta de 7pp*, aplica sólo en el gasto nacional
GMH	N/A	Penalización de un incremento de 30pp*	Penalización de un incremento de 30pp*	Aplica el coaseguro contratado

*pp= Puntos porcentuales

Si el Asegurado recibe atención en un hospital que no sea de red, los gastos de hospitalización se indemnizarán de acuerdo al gasto usual del nivel hospitalario contratado, en este caso no opera el beneficio de Pago Directo ni Cirugía Programada.

6.7 Pago Directo. Este beneficio se otorga para cubrir el gasto hospitalario que se derive por un padecimiento cubierto, siempre y cuando el asegurado cumpla con lo siguiente:

- 1) Se comunique a "Central Médica" a los teléfonos 5246 7502 desde el área metropolitana y al 01800 36 500 24 desde el interior de la república, antes de ingresar al Hospital para solicitar este beneficio.
- 2) El asegurado opte por recibir la atención quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada o en la red médica contratada preferente
- 3) El motivo de la atención quirúrgica sea derivado de una enfermedad, accidente o emergencia médica cubierta
- 4) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención quirúrgica rebasen el deducible contratado.

Si el asegurado no se comunica antes del ingreso hospitalario, se podrá otorgar el pago directo, solo si se trata de un accidente o emergencia médica, de acuerdo a lo establecido en el apartado 1. DEFINICIONES.

Este beneficio se extiende a la Cirugía Programada, la cual se otorgará al asegurado siempre y cumpla con lo siguiente:

- 1) El asegurado opte por recibir la atención quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada o en la red médica contratada preferente.
- 2) Se comunique a "Central Médica" a los teléfonos 5246 7502 desde el área metropolitana y al 01800 36 500 24 desde el interior de la república, solicitando este beneficio.
- 3) Envíe a MAPFRE con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital elegido, los siguientes documentos:

- a. Informe medico
 - b. Aviso de accidente y/o enfermedad
 - c. Historia clínica
 - d. Resultado de los estudios de apoyo de diagnóstico practicados y en caso de haberse realizado estudios radiológicos, enviar una copia de dicha interpretación.
- 4) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención quirúrgica programados, deberán de rebasar el deducible contratado.
- 5) Notifique con al menos un día de anticipación a la fecha de admisión, aquellos tratamientos médicos o quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los autorizados previamente.

El beneficio de pago directo se podrá otorgar para la "Cobertura Internacional", siempre y cuando se cumpla con lo establecido en los puntos antes mencionados.

En caso de optar por los beneficios de pago directo y cirugía programada, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura básica.

6.8 Reembolso. Se otorgará al asegurado siempre y cuando:

- 1) No se haya comunicado a "Central Médica" antes de ingresar al Hospital para solicitar el beneficio pago directo y no se trate de una emergencia médica.
- 2) Se realice tratamientos quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los notificados para "Cirugía programada" y no haya dado aviso de dicho cambio.
- 3) Se traten de gastos realizados por tratamientos médicos o gastos complementarios a la atención quirúrgica
- 4) Al momento de la atención quirúrgica la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, siempre y cuando el pago de la prima no se realice por Domiciliación Bancaria y la póliza no presente periodo al descubierto.
- 5) Opte por realizarse la atención quirúrgica con médicos y hospitales fuera de la red médica contratada

En caso de solicitarse el pago vía reembolso de gastos realizados por tratamientos medicos, consultas médicas o gastos complementarios a la atención quirúrgica, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura básica.

Si el asegurado opta por el pago vía reembolso de las atenciones quirúrgicas recibidas, el gasto hospitalario se indemnizará aplicando el deducible contratado para la cobertura básica, el coaseguro máximo entre el porcentaje contratado y 30% y sin aplicar tope de

coaseguro.

7. EXCLUSIONESS

Esta póliza no cubre gastos médicos u hospitalarios, ni los beneficios de las coberturas adicionales como consecuencia de:

- A. Los gastos originados por padecimientos preexistentes.**
- B. Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional, salvo lo estipulado en los numerales 9.1 Emergencia en el Extranjero, 9.6 Cobertura Internacional y 10.2 Asistencia en Viaje.**
- C. Los gastos originados por malformaciones o padecimientos congénitos, a excepción de lo mencionado en el numeral 4.6.4, Padecimientos o Malformaciones Congénitas.**
- D. Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico (salvo lo mencionado en la sección 4ª, numeral 4.6.8); estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.**
Los gastos originados por alteraciones del sueño.
- E. Tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.**
- F. Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, control de peso y acné.**
- G. Tratamientos dietéticos, médicos,**

- farmacológicos y/o quirúrgicos, para reducción de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa.
- H. Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.
- I. En el caso de trasplante de órganos no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que reciba.
- J. Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopia.
- K. Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.
- L. Los gastos originados por tratamiento con fines profilácticos y preventivos, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, los medicamentos para la disfunción eréctil (salvo que éstos se presenten como complicación de una enfermedad cubierta por la póliza), así como todos aquellos productos que se consideran complementos alimenticios, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas. Así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo.
- M. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación.
- N. Los gastos originados por tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 60 meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con 60 meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE. Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los 60 meses del periodo de espera no se cubrirán los gastos para el diagnóstico del VIH o SIDA, así como cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.
- O. Los gastos originados por cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato, salvo lo indicado en el numeral 4.6.11
- P. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.
- Q. Gastos no relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de videograbadora, vídeo casete, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil.

- R. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- S. Lesiones autoinfligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- T. Los gastos originados por reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la sección 4ª, numeral 4.5.4.
- U. Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, terrorismo, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto. Cabe mencionar que para que las lesiones producidas por asalto no formen parte de esta exclusión, deberán ser notificadas al Ministerio Público y serán consideradas como accidente.
- V. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
- W. Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.
- X. Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.
- Y. No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, exceptuando lo indicado en el numeral 4.6.11 Por ejemplo: cirugía nasal estética, implantes mamarios, reducción mamaria cualquiera que sea su origen, causa o consecuencia, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética.
- AA. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares salvo lo estipulado en el numeral 4.5.2 de la sección Otros servicios médicos.
- BB. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 4ª “Gastos Médicos Cubiertos”.
- CC. No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido, bajo la cobertura del presente contrato se seguro.
- DD. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
- EE. Cualquier gasto derivado de un padecimiento en el que se haya requerido segunda valoración y ésta no se realice.
- FF. Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.
- GG. No serán cubiertos los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados:
- a) Como ocupante de cualquier

vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

- b) En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- c) Si el contratante cambia de giro o alguno de los asegurados cambia a una ocupación que conlleve a un riesgo mayor de sufrir algún padecimiento, el contratante deberá avisar por escrito a MAPFRE quien se reserva el derecho de cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si MAPFRE acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.
- d) En la practica de Charrería, Tauromaquia y Paracaidismo.

HH.Las propias mencionadas en cada cobertura.

8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

El importe por concepto de los honorarios médicoquirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicoquirúrgicos, según el plan contratado y estado de contratación.

De acuerdo al artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario tiene un plazo máximo de cinco días para dar aviso por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

9. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

Las siguientes coberturas operan exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que están amparadas y se realiza el pago correspondiente.

Todas las coberturas adicionales están sujetas a las exclusiones generales de la póliza.

9.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, **MAPFRE** reembolsará los gastos originados por una

emergencia médica ocurrida en el extranjero hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada, o por un periodo máximo de 90 días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado, lo que ocurra primero, según lo indicado en los tabuladores, mismos que han sido determinados por los organismos encargados de la salud, del país donde se atiende.

La emergencia termina cuando el asegurado sale de la situación crítica del estado agudo del padecimiento, manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros aceptables que permitan su traslado a la República Mexicana al hospital al cual el asegurado tenga derecho de acuerdo al plan contratado, momento en el cual terminan los efectos de esta cobertura.

El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años de edad para pólizas nuevas. Para los recién nacidos esta cobertura operará a partir de los 31 días de nacido.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la contratada en cualquier otro beneficio y será la que rija durante la vigencia de la póliza. En esta cobertura aplica deducible de acuerdo a la suma asegurada contratada para esta cobertura, no aplica coaseguro. En caso de su contratación, la suma asegurada y deducible se indicarán en la carátula de póliza. En esta cobertura puede operar el beneficio de Pago Directo.

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con **MAPFRE**, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

- ° Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.

- ° En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:

- El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales. El coaseguro en este caso no tendrá tope.

- Los honorarios médicos, anesthesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo al plan contratado adicionando un 73%.

9.2 MATERNIDAD

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se ampararán los gastos erogados que rebasen la Suma Asegurada de la cobertura Ayuda de Maternidad topados a la Suma Asegurada

contratada para esta cobertura, sin aplicar el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos.

Se ampara el evento final al que se llegue por embarazo, ya sea de la titular, esposa, concubina o hija del titular, trátese de parto normal o cesárea.

La inclusión de esta cobertura dentro del seguro se ve reflejada de manera individual dentro del desglose por asegurado de la póliza.

Así mismo, se cubrirán:

- a) Gastos erogados por la atención intrahospitalaria del recién nacido sano hasta el límite máximo establecido en la póliza para este beneficio, el cual es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad. Los gastos cubiertos por este concepto son: cunero, atención pediátrica y atención de enfermería.
- b) Circuncisión para el recién nacido sano hasta el límite máximo establecido en la póliza para este beneficio de acuerdo al plan contratado, sin deducible, coaseguro ni periodo de espera. Esta indemnización es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad.

La edad de contratación en esta cobertura es a partir de los 15 años hasta los 44 años.

El periodo de espera que opera para esta cobertura es de 10 meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma.

El reconocimiento de antigüedad de otra aseguradora aplica para esta cobertura.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura.

En caso de reclamación, la suma asegurada que aplicará será la que se haya contratado al menos 10 meses antes del evento final, al que se llegue por embarazo.

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

Las complicaciones del embarazo se consideran como enfermedad de acuerdo a la sección 4ª, numeral 4.6.9, aplicando suma asegurada, deducible y coaseguro contratado en la cobertura básica.

Esta cobertura sólo opera en territorio nacional

y franja fronteriza. El pago solo aplicará vía reembolso en caso de ser en franja fronteriza.

9.3 ACCIDENTES PERSONALES

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se obtendrá el beneficio de la misma. La suma asegurada de esta(s) cobertura(s) es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será la que rija durante la vigencia de la póliza.

En cualquiera de las coberturas de Accidentes Personales no aplica deducible ni coaseguro.

• Muerte Accidental

Se entenderá por Muerte Accidental del asegurado a la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado, que le origine directamente la muerte, siempre que ésta ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

MAPFRE pagará a los beneficiarios designados del asegurado fallecido, o a falta de éstos, a la sucesión del asegurado, el importe de la suma asegurada cubierta para esta cobertura.

Este beneficio opera para cada integrante de la póliza y ampara la cobertura de muerte accidental para personas mayores de 12 años y hasta 64 años cuando es póliza nueva.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

De acuerdo al artículo 167 de la Ley sobre el Contrato del seguro, el seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. Además, este consentimiento debe contar por escrito con la designación del beneficiario y la transmisión del beneficio del contrato para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, excepto cuando estas tres últimas operaciones se celebren con MAPFRE.

De acuerdo al artículo 168 de la Ley sobre el Contrato del seguro, el contrato de seguro para el caso de muerte, sea para una persona que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe

De acuerdo al artículo 169 de la Ley sobre el Contrato del seguro, en caso de que el contrato de seguro para el caso de muerte sea para una persona con al menos doce años pero menor de edad, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra manera, el contrato será nulo.

En este beneficio es requisito indispensable designar beneficiarios; en caso de no existir designación de éstos, la indemnización correspondiente se hará por sucesión testamentaria.

BENEFICIARIOS. El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El asegurado deberá notificar el cambio por escrito a **MAPFRE** indicando el nombre del nuevo beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **MAPFRE** pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

No se cubrirá la muerte accidental que ocurra por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.

La suma asegurada de esta cobertura, es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será la que rija durante la vigencia de la póliza.

• **Pérdidas Orgánicas**

En caso de que el asegurado, con motivo directo de accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, sufra cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas en esta sección, **MAPFRE** pagará el porcentaje de la suma asegurada establecida para esta cobertura.

Tabla de Indemnización Escala "A"

Escala A

Por la Pérdida de:	% Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%

Por la Pérdida de:	% Indemnización
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Fuente .- Manual de Accidentes Personales de la AMIS.

La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la pérdida por anquilosis o separación en las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos, en cuanto a los dedos pulgar e índice, la anquilosis o separación de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o en varios accidentes, **MAPFRE** pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

Esta cobertura podrá ser contratada desde el nacimiento y hasta los 64 años en pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

La suma asegurada de esta cobertura, es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será la que rija durante la vigencia de la póliza.

9.4 GASTOS DE SEPELIO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, en caso de que un asegurado fallezca a consecuencia directa de un padecimiento cubierto, **MAPFRE** indemnizará la suma asegurada contratada.

La indemnización se realizará a los beneficiarios designados en el consentimiento, en caso de no existir éstos, se hará a la sucesión del asegurado.

Para los menores de 12 años se reembolsarán los gastos relacionados directamente con el sepelio, hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, que en ningún caso podrá ser mayor a \$131,000 pesos (ciento treinta y un mil pesos 00/100 M.N.) a quien acredite haber efectuado dichos gastos. En caso de existir un remanente entre la suma asegurada y los gastos efectuados, el remanente se pagará al titular de la póliza. Los gastos se deben comprobar presentando los documentos originales que los acrediten.

Las edades de aceptación son desde el primer día de

nacido hasta los 64 años para pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra y será la que rija durante la vigencia de la póliza.

No se otorgará este beneficio silamuerte ocurre por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

9.5 INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, el asegurado obtendrá una base de tabulador de honorarios médicos y/o quirúrgicos por reembolso con que operan los diferentes planes de Gastos Médicos Mayores mayor a la que corresponda, conforme al porcentaje de incremento contratado. Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los 64 años para pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

9.6 COBERTURA INTERNACIONAL

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, el asegurado tiene derecho a recibir atención médica y/u hospitalaria en el extranjero de acuerdo a las condiciones generales que rigen la presente póliza en territorio nacional, salvo que se mencione algo en contrario.

Los periodos de espera en esta cobertura empiezan a contar a partir del inicio de vigencia de la contratación de la misma.

Esta cobertura sólo cubrirá a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y cuya estancia fuera de la República Mexicana no sea mayor a 90 días continuos. Si alguno de ellos permanece en el extranjero por un periodo mayor a los 90 días antes mencionado y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a **MAPFRE** y pagar una extraprima.

Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier siniestro que ocurra durante ese periodo en el extranjero, no estará cubierto.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la suma asegurada de cualquier otra cobertura, misma que aplicará junto con el deducible, coaseguro y tope de coaseguro indicados en la carátula de la póliza.

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los 64 años para pólizas nuevas.

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable. A continuación se mencionan las condiciones aplicables para gastos en el extranjero:

1. Los honorarios de médicos, anesthesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo al plan contratado adicionando un 73%.
2. Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento proceda y se dé previo aviso a **MAPFRE** con un plazo de 5 días hábiles anteriores a su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique el padecimiento y tratamiento a realizar.
4. El límite máximo para transplantes es de \$ 4, 000,000 pesos (cuatro millones de pesos 00/100 M.N.).

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con **MAPFRE**, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

- ° Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
- ° En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:
 - El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales. El coaseguro en este caso no tendrá tope.
 - Los honorarios médicos, anesthesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo al plan contratado adicionando un 73%.

9.7 PREVISIÓN MAPFRE

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se obtendrá el beneficio de la misma si sucede alguna de las siguientes dos situaciones:

- a. Por fallecimiento del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento cubierto durante la vigencia de la cobertura.
 - **MAPFRE** eximirá del pago de primas de la cobertura básica, únicamente a los dependientes económicos del asegurado titular asegurados en esta póliza, durante 4 años a partir del fallecimiento del asegurado titular.
- b. Por invalidez total y permanente del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento cubierto durante la vigencia de la cobertura.
 - **MAPFRE** eximirá del pago de primas de la cobertura básica, al asegurado titular y a sus dependientes económicos asegurados en esta póliza, durante 4 años a partir del diagnóstico correspondiente.

Para dar inicio a los beneficios de esta cobertura, el asegurado titular y/o dependientes económicos quedarán protegidos por el plan vigente del seguro de Gastos Médicos Mayores Individual que sea congruente al plan que tenían contratado en la póliza colectiva, cuidando que no exista un detrimento para el asegurado titular y/o dependientes económicos en cobertura, condiciones generales o calidad de la red médica y hospitalaria contratada originalmente. Sólo quedarán amparados en la cobertura básica, sin derecho a la contratación de coberturas adicionales, y en caso de que la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados en la póliza colectiva no se encuentren dentro de la oferta comercial del seguros de Gastos Médicos Mayores Individual se tomarán los inmediatos superiores. Las sumas aseguradas vigentes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular, se mantendrán sin modificación durante el periodo que dure el beneficio.

La cobertura se hace efectiva al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular (de acuerdo a las edades de aceptación), lo que ocurra primero. De tal suerte que si ocurre la invalidez total y permanente, la cobertura no podrá ser contratada nuevamente por el asegurado titular, ni se extenderá el plazo de cobertura.

Los rangos de edad del asegurado titular para los cuales se cubrirán los beneficios antes descritos son de 18 a 64 años. Una vez aceptado dentro de la póliza no habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

Los dependientes económicos sólo podrán tener derecho a los beneficios antes descritos siempre y cuando formen parte de la colectividad asegurable de la póliza.

Los beneficios de esta cobertura no tendrán efecto si el asegurado titular fallece o se invalida total y permanentemente por participar directamente en actos delictivos intencionales o debido a accidentes o padecimientos originados o diagnosticados previamente al inicio de vigencia de la presente póliza y que sean la causa del fallecimiento o invalidez total y permanente.

Invalidez Total y Permanente.

Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de un padecimiento cubierto, que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria, y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Se entiende por pérdida de las manos, su anquilosis o separación a nivel de la articulación Carpo-Metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación Tibio-Tarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total, y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Beneficio.

Para que la invalidez se considere plenamente válida, es necesario que el padecimiento que da origen al estado de invalidez no haya ocurrido o se haya diagnosticado previamente al inicio de vigencia del seguro, quedando cubiertos, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro.

El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como ser ratificado por el médico de **MAPFRE**, de acuerdo con las condiciones del asegurado titular al momento de la reclamación.

Pruebas.

Para que **MAPFRE** conceda este beneficio, el asegurado titular deberá presentar pruebas de que su invalidez es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación, **MAPFRE** se reserva igualmente el derecho de exigir al asegurado titular pruebas médicas adicionales para corroborar el estado de invalidez, así como la debida comprobación de su edad si no se ha hecho la anotación en la póliza.

En caso de siniestro:

El asegurado tendrá derecho al pago de complementos de siniestros ocurridos en la póliza colectiva siempre y cuando solicite la emisión de su póliza individual en los primeros tres meses posteriores a la ocurrencia del siniestro que afecta esta cobertura (muerte o invalidez total y permanente del asegurado titular).

Para solicitar la emisión de su póliza individual el asegurado deberá asistir a la oficina de **MAPFRE** más cercana y solicitar dicha emisión.

9.8 REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, la suma asegurada contratada para la cobertura básica nacional se reinstalará automáticamente y por única ocasión al agotarse dicha suma asegurada en la vigencia de la póliza.

Toda indemnización que **MAPFRE** pague por padecimiento reducirá en igual cantidad la suma asegurada reinstalada y estará sujeta al coaseguro contratado hasta el tope de coaseguro contratado.

9.9 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, en caso de que el asegurado padezca alguna de las enfermedades o eventos mencionados en este numeral, podrá ser atendido en los Estados Unidos de América (U.S.A.).

Esta cobertura se podrá contratar únicamente si la póliza no cuenta con cobertura internacional.

El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años. Para los recién nacidos esta cobertura operará a partir de los 31 días de nacido.

MAPFRE cubrirá los gastos que se originen por la atención del asegurado, bajo las condiciones y limitaciones de esta póliza aplicando la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados en esta cobertura y establecidos en la carátula de la Condiciones Generales

póliza. Los gastos cubiertos serán los mismos de la Cobertura Básica y serán amparados siempre que haya transcurrido un periodo de espera de 60 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura y sujetos a los periodos de espera de la Cobertura Básica, así como a las exclusiones de la sección 7ª, hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada según lo indicado.

Enfermedades o eventos cubiertos:

- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidente cerebro vascular.
- Cirugía cardíaca y angioplastía.
- Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia.
- Trasplantes de órganos.
- Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (politraumatismo), incluyendo rehabilitación.
- Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

Se requerirá como parte del diagnóstico hecho por un médico especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de pruebas de diagnóstico en los que se haya basado el diagnóstico definitivo.

Es requisito indispensable la precertificación (autorización previa por parte de **MAPFRE**) sólo en la reclamación inicial de cada padecimiento cubierto, es decir, el asegurado debe notificar y enviar a **MAPFRE** lo siguiente: fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos, información que deberá de proporcionar al menos 5 días hábiles antes de realización de la cirugía o del tratamiento para estar en posibilidad de determinar su procedencia o no procedencia. Si el asegurado no realiza la precertificación, los gastos que sean procedentes serán reducidos al 50%, una vez descontado el deducible y coaseguro aplicable.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en los Estados Unidos de América, dentro del territorio nacional, aplicando la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados en la Cobertura Básica.

En caso de que el asegurado inicie su tratamiento en Territorio Nacional y requiera continuarlo en los Estados Unidos de América, aplicará la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados en la presente cobertura.

En caso de no contratar esta cobertura, la posible ocurrencia de alguna de las enfermedades listadas en este numeral, serán amparadas sólo en territorio nacional

a través de la Cobertura Básica, apegándose a las condiciones y limitaciones de la misma.

No se cubren padecimientos preexistentes a la fecha de contratación de esta cobertura.

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con **MAPFRE**, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

° Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.

° En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:

- El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales. El coaseguro en este caso no tendrá tope.

- Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo al plan contratado adicionando un 73%.

10. SERVICIOS ADICIONALES

10.1 CENTRAL MÉDICA

Este servicio se otorga para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer asistencia telefónica las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional para:

- Orientación médica en casos de accidentes o enfermedades.
- Consulta médica para casos de padecimientos no graves.
- Referencia de consulta médica domiciliaria.
- Enlace y traslado en ambulancias terrestres vía reembolso siempre y cuando se requiera a causa de un padecimiento cubierto por la póliza y rebase el deducible contratado.
- Asesoría administrativa de Hospitales de red, médicos de red y médicos supervisores de **MAPFRE**.
- Referencia sobre consultorios médicos, laboratorios de análisis, diagnóstico y patología, ópticas y farmacias.

No aplica deducible ni coaseguro.

10.2 ASISTENCIA EN VIAJE

Mediante la contratación expresa de este servicio y el pago de la prima correspondiente se tendrá derecho a los beneficios de éste de acuerdo a lo siguiente:

Antes de utilizar cualquiera de los siguientes servicios se deberá notificar a MAPFRE salvo aquellos requeridos por emergencia médica y que se hayan reportado dentro de las 72 horas posteriores a dicha emergencia. En caso de que el asegurado se encontrara viajando en un crucero el tiempo estipulado para notificar a MAPFRE comenzará a partir de que el asegurado toca tierra firme.

Se deberá notificar a los teléfonos (52) 55 54 80 38 42 (por cobrar del extranjero) y 01-800-7191300 (dentro de la República Mexicana) las 24 horas de los 365 días del año, indicando su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

Este servicio se otorga a través del prestador de servicios que designe **MAPFRE** para brindar a los asegurados atención en caso de requerirlo, de acuerdo a las siguientes

CLÁUSULAS:

PRIMERA. Este servicio cubre a la persona física que figure como titular de la póliza, así como a su cónyuge e hijos dependientes económicos que figuren en la misma, siempre y cuando convivan con el titular y vivan a sus expensas, aunque viajen por separado o en cualquier medio de locomoción.

SEGUNDA. El derecho a las prestaciones consignadas en este servicio solo surtirá efecto a partir de los 50 kilómetros desde el domicilio del Asegurado en las condiciones descritas en la cláusula cuarta inciso a), b), c), d), h) e i) de este servicio. El traslado médico en ambulancia no tendrá la limitación de los 50 kilómetros cuando la solicitud provenga de accidentes o situaciones médicas de emergencia.

TERCERA. Este servicio se extenderá a todo el mundo, teniendo un periodo de cobertura de 90 días naturales desde el inicio del viaje. En caso de que el viaje tenga una duración mayor al periodo establecido, el asegurado deberá solicitar un endoso de extensión de cobertura y pagar la extraprima correspondiente.

CUARTA. Los servicios se prestarán de acuerdo a las siguientes condiciones:

a) **Transporte o repatriación en caso de lesiones corporales o enfermedad.** Se satisfarán los gastos de traslado en ambulancia terrestre, de terapia intensiva, aérea o en el medio que considere más idóneo el médico que designe **MAPFRE** en coordinación con el médico tratante hasta el centro hospitalario adecuado o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual.

Cuando sea absolutamente imprescindible el servicio de ambulancia aérea, ésta se proporcionará únicamente dentro del territorio de la República Mexicana y desde Estados Unidos de Norte América y Canadá. Desde todos los países restantes, el traslado aéreo se efectuará en avión de línea comercial.

b) **Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos).** Cuando el accidente o enfermedad de cualquiera de los asegurados impida la continuación del viaje, se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde éste se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

Si alguna de dichas personas trasladadas o repatriadas fuera menor de 15 años y no tuviese quien la acompañe, a solicitud de cualquiera de los asegurados, **MAPFRE** proporcionará una persona idónea para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o al lugar de hospitalización.

c) **Desplazamiento y hospedaje de un pariente del Asegurado.** En caso de que la hospitalización por accidente y/o enfermedad fuese superior a cinco días, **MAPFRE** cubrirá los siguientes gastos:

1. En territorio Mexicano, el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte ágil, así como gastos de hospedaje a razón de \$ 800 pesos (ochocientos 00/100 m.n.) diarios, con máximo de \$3,000 pesos (tres mil pesos 00/100 M.N.).

2. En el extranjero, el importe del viaje de ida y vuelta, así como el hospedaje a razón de 60 USD diarios, con un máximo de 600 USD.

d) **Desplazamiento del Asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un pariente cercano.** Se abonarán los gastos de desplazamiento del asegurado cuando deba interrumpir el viaje por fallecimiento en territorio Mexicano de su cónyuge, padre, hijos o hermanos,

hasta el lugar de inhumación, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

e) **Asistencia médica por enfermedad o accidente del Asegurado en el extranjero.** En caso de enfermedad o accidente del asegurado durante su viaje al extranjero, **MAPFRE** sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos por el médico que lo atienda. El límite máximo por tales conceptos será de 10,000 USD por cada asegurado, sin deducible ni coaseguro.

f) **Asistencia dental de Emergencia.** En caso de requerir el asegurado asistencia dental de emergencia, se sufragarán los gastos de atención de problemas odontológicos críticos hasta por 500 USD sin deducible ni coaseguro. Esta prestación se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria que requiera tratamiento de urgencia.

g) **Prolongación del hospedaje del Asegurado en el extranjero por accidente.** Se cubrirán los gastos del hotel del asegurado cuando como resultado de un accidente y por prescripción médica, sea necesario prolongar el hospedaje en el extranjero por asistencia médica. Dichos gastos tendrán un límite de 60 USD diarios, con máximo de 600 USD.

h) **Transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los acompañantes asegurados (cónyuge e hijos).** En caso de fallecimiento de uno de los asegurados durante el viaje, **MAPFRE** sufragará los gastos derivados de los siguientes conceptos:

- Cuando el deceso ocurra en territorio mexicano, **MAPFRE** realizará los trámites necesarios y cubrirá los gastos de traslado e inhumación del cadáver al lugar de residencia respectivo en territorio nacional. El límite máximo a cubrir por los conceptos mencionados será de \$40,000 pesos (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.)

- En caso de que el deceso ocurra en el extranjero, **MAPFRE** únicamente cubrirá los gastos de repatriación de los restos al lugar de residencia respectivo en territorio mexicano. El límite máximo por todos los conceptos mencionados será de 5,000 USD.

También se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su respectivo domicilio o al lugar de inhumación, siempre y cuando dicho

traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

Si alguno de los asegurados acompañantes fuese menor de 15 años y no tuviese quién lo acompañe, a solicitud de cualquier asegurado, **MAPFRE** proporcionará una persona idónea para que le atienda durante el traslado.

- i) **Transmisión de mensajes urgentes.** **MAPFRE** se encargará de transmitir los mensajes urgentes o justificados de los asegurados, relativos a cualquiera de los acontecimientos objeto de las prestaciones a que se refiere este servicio.

QUINTA. Exclusiones del servicio de Asistencia en Viaje:

- a) **Los causados por mala fe del asegurado.**
- b) **Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**
- c) **Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o alboroto popular.**
- d) **Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- e) **Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**
- f) **Los servicios que el Asegurado haya contratado sin el previo consentimiento de MAPFRE.**
- g) **Los gastos médicos u hospitalarios dentro del territorio mexicano.**
- h) **Las lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.**
- i) **La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.**
- j) **La muerte o lesiones originadas directamente de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.**
- k) **Tratamiento Médico o quirúrgico de padecimientos que resulten por culpa**

grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.

- l) **La asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.**
- m) **Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis y anteojos.**
- n) **Los gastos de asistencia por embarazo, parto y/o sus complicaciones.**
- o) **La asistencia y gastos derivadas de practicas deportivas profesionales en competencias.**
- p) **Los alimentos, bebidas, llamadas telefónicas y otros gastos adicionales a los de cargo de habitación en el caso de hospedaje.**

SEXTA. Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de las prestaciones garantizadas por este servicio, el asegurado solicitará a **MAPFRE** la asistencia correspondiente a los teléfonos **(55) 5480- 3814 (por cobrar del extranjero) y 01-800-71 913 00 (dentro de la República Mexicana) las 24 horas de los 365 días del año**, e indicará su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise. El importe de estas llamadas telefónicas será por cuenta de **MAPFRE**.

SÉPTIMA. Los servicios se prestarán:

- a) **Directamente por MAPFRE o por terceros con quienes la misma contrate bajo su responsabilidad.**
- b) **Salvo caso fortuito o fuerza mayor que lo impidan. Por ejemplo: Guerra o desastre natural.**

OCTAVA. Todo lo no previsto en este servicio se regirá por las condiciones generales y, en su caso, las especiales de la póliza.

10.3 COBERTURA DENTAL

Mediante la contratación de este servicio adicional, **MAPFRE** proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado un contrato amparando los servicios de carácter correctivo dentales que a continuación se mencionan, siempre que se

origenen a causa de una patología dental por enfermedad o accidente, excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.

MAPFRE anexará a la póliza: guía del asegurado y directorio de la red de odontólogos.

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

1. Consulta dental para fines diagnósticos a causa de accidente o enfermedad.
2. Los siguientes procedimientos siempre y cuando se siga un fin correctivo, a causa de una enfermedad o accidente, y que estén amparados en el endoso anexo de esta póliza.
 - I. Radiología.
 - II. Operatoria Dental (Amalgamas y/o Resinas).
 - III. Endodoncias.
 - IV. Cirugía Dental.
 - V. Remoción de terceros molares.
 - VI. Periodoncia y Prostodoncia.
 - VII. Prótesis.

B. Exclusiones

- a) **Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.**
- b) **Medicamentos, anestesia general o sedaciones.**
- c) **Los proveedores de la cobertura Dental señalada por MAPFRE no amparan gastos hospitalarios.**
- d) **Cualquier tratamiento realizado por odontólogos fuera de la red de proveedores señalada por MAPFRE.**
- e) **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente a causa del asegurado.**
- f) **Resinas en dientes posteriores en adulto o las afecciones resultantes por la aplicación de éste tratamiento, con excepción de las resinas en cara oclusal del diente**

posterior si tiene contratada esta cobertura adicional.

- g) **Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia de la póliza y en caso de fractura procederá a cargo del proveedor que se haya establecido por MAPFRE únicamente la extracción.**
- h) **Tratamientos de naturaleza experimental o investigación.**
- i) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.**
- j) **Tratamientos que no estén especificados dentro de la cobertura del plan contratado.**
- k) **Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.**
- l) **En esta cobertura no existen reembolsos.**
- m) **Atención fuera de la República Mexicana.**
- n) **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por Odontólogos fuera de la red odontológica establecida.**

C. Proceso para presentar una reclamación:

- 1.- El Asegurado elige al Odontólogo de red de su preferencia y solicita una cita.
- 2.- El Asegurado acredita su identidad en el consultorio mostrando identificación oficial (IFE) y su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores de **MAPFRE**.
- 3.- El Odontólogo recaba los datos generales del asegurado.
- 4.- El Odontólogo solicita confirmación del servicio con el proveedor del servicio.
- 5.- El call center del proveedor confirma el servicio, da autorización y las características del plan contratado.
- 6.- El Odontólogo realiza diagnóstico y explica

el plan de tratamiento.

7.- El Asegurado firma de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.

8.- El Odontólogo complementa su diagnóstico y envía al proveedor los tratamientos realizados para su pago.

MAPFRE entregará al contratante la póliza correspondiente especificando los alcances y límites de esta cobertura, así como también poner a su disposición la guía para presentar alguna reclamación sobre estos beneficios.

10.4 COBERTURA DE VISIÓN

Mediante la contratación de este servicio adicional, **MAPFRE** proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado, los servicios optométricos correctivos que a continuación se mencionan.

MAPFRE anexará a la póliza: guía del asegurado y directorio de la red de ópticas.

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

- a. Examen optométrico con fines diagnósticos a causa de accidente o enfermedad.
- b. Lentes de contacto graduados no cosméticos con fines correctivos.
- c. Estuche en caso de que el asegurado reciba anteojos a causa de accidente o enfermedad.
- d. Derecho a un par de armazones y plásticos CR-39 monofocal ó bifocal flat-top L-28 graduados no cosméticos, o lentes de contacto, sólo una de las anteriores opciones, una vez al año.
- e. Derecho a una reposición de anteojos, o lentes de contacto, sólo una de las anteriores opciones, una vez al año, con un descuento del 30% de acuerdo a valor factura.

B. Exclusiones

- a. **Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.**
- b. **Todos los gastos realizados por el asegurado por cualquier cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.**
- c. **Cualquier reclamación presentada**

por servicios realizados fuera de la red de proveedores que se hayan establecido por MAPFRE.

- d. **En esta cobertura no existen reembolsos.**
- e. **Cualquier tratamiento adicional a las micas indicadas en el punto A de esta cobertura**
- f. **Lentes de contacto denominados gas permeable.**
- g. **Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.**
- h. **Atención fuera de la República Mexicana.**
- i. **Lentes antisolares.**
- j. **Cualquier armazón mayor al tope en clave del plan contratado.**

C. Proceso para presentar una reclamación:

- 1.- El Asegurado elige la Óptica de su preferencia.
- 2.- El Asegurado acredita su identidad en el consultorio mostrando identificación oficial (IFE) y su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores de **MAPFRE**.
- 3.- El Optometrista recaba los datos generales del asegurado.
- 4.- El Optometrista solicita al proveedor confirmación del servicio.
- 5.- El call center del proveedor confirma el servicio y las características del plan contratado.
- 6.- El Optometrista realiza la Consulta Optométrica y recomienda el producto adecuado para el asegurado.
- 7.- El Optometrista explica las condiciones del plan contratado y muestra los productos que cubre el plan al asegurado.
- 8.- El Optometrista realiza la orden de trabajo y notifica al asegurado la fecha de entrega del producto adquirido.
- 9.- El plan de visión autoriza únicamente un (anteojos ó lentes de contacto) por asegurado por año póliza.
- 10.- No aplica reembolso.

MAPFRE entregará al contratante la póliza

correspondiente especificando los alcances y límites de esta cobertura, así como también poner a su disposición la guía para presentar alguna reclamación sobre estos beneficios.

11. CLÁUSULAS GENERALES

11.1 Cláusulas de interés para el Asegurado

11.1.1 Padecimiento Preexistente

MAPFRE podrá requerir al solicitante someterse a un examen médico para el seguro de Gastos Médicos Mayores.

Si el asegurado se sometió al examen médico para el seguro de Gastos Médicos Mayores; **MAPFRE** no excluirá padecimientos preexistentes que no hubiesen sido diagnosticados en el examen médico, salvo lo siguiente.

MAPFRE podrá rechazar una reclamación por gastos originados como consecuencias de un padecimiento o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;

En caso de que **MAPFRE** rechace una reclamación considerando que el padecimiento es preexistente, el reclamante podrá optar en acudir ante una persona física o moral que sea designada por el reclamante y **MAPFRE** a fin de someterse a un arbitraje privado.

MAPFRE acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al reclamante, y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y **MAPFRE** quienes en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante, y en caso de existir será liquidado por **MAPFRE**.

11.1.2 Primas

El contratante gozará de un Periodo de Gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones pactadas en el contrato.

A las doce horas del último día del periodo a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

Para el pago fraccionado de la prima se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada a la fecha de celebración del contrato.

En caso de siniestro, **MAPFRE** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, si durante el Periodo de Gracia no hubiera sido pagada la prima correspondiente.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución 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.

11.1.3 Movimiento de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, las solicitudes firmadas por los miembros de la Colectividad Asegurable y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, **MAPFRE** elaborará un registro de asegurados indicando el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá nombre, edad, sexo, suma asegurada, fecha de inicio y termino de vigencia, número de certificado individual y prima de cada asegurado y

de cada uno de sus dependientes económicos. En la carátula de la póliza se especificará la suma asegurada contratada por la colectividad asegurada.

11.1.4 Alta de Asegurados

Se dará de alta a las personas que se hagan elegibles para formar parte de la colectividad asegurable siempre y cuando se encuentren dentro de los límites de admisión señalados en la sección 11ª, numeral 11.1.7 y el contratante dé aviso a **MAPFRE** dentro de los 30 días siguientes a su elegibilidad.

Se considera como elegibilidad la fecha en que el asegurado ingresó a la colectividad, es decir, la fecha en la que ingresó por primera vez a la compañía. En caso de que el asegurado ya formara parte de la compañía pero no tiene derecho a la prestación, la fecha de alta será a partir de la confirmación del derecho a la prestación por parte de la empresa.

Los hijos de asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento sin necesidad de pruebas médicas ni pago de prima hasta la renovación de la póliza, siempre y cuando el contratante notifique a **MAPFRE** dentro de los 30 días posteriores a la fecha del nacimiento y que la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de **MAPFRE** una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes. En caso de ser aceptado, se deberá pagar la prima correspondiente.

Si el asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la póliza siempre y cuando su alta en la póliza se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha del matrimonio, en otro caso, su inclusión a la póliza quedará sujeta a la aceptación por **MAPFRE** una vez presentados los requisitos de asegurabilidad vigentes.

En el caso de hijos adoptivos, quedarán cubiertos por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.

La aceptación de cualquier asegurado implica que deberá pagarse la prima correspondiente de acuerdo a la edad y sexo del asegurado en cuestión.

De acuerdo al Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad

asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

11.1.5 Baja de Asegurados

El contratante se obliga a reportar a **MAPFRE** los movimientos de bajas de asegurados dentro de los 5 días siguientes a que se hayan realizado.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza, a partir de la fecha en que se notificó a **MAPFRE** la separación del (los) miembro(s) de la colectividad, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido, a cualquier asegurado que:

- a) Fallezca.
- b) Se separe de la colectividad asegurable y/o deje de prestar sus servicios para el contratante.
- c) Siendo cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del asegurado.
- d) Siendo hijos asegurados, que superen los 24 años de edad o bien que contraigan matrimonio.

MAPFRE devolverá al contratante la parte de la prima de riesgo no devengada por meses completos, salvo que hubiere un siniestro en

curso de pago en cuyo caso se podrá deducir del total de la prima devuelta la indemnización correspondiente.

Cualquier pago que **MAPFRE** haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **MAPFRE**.

De acuerdo al Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, **MAPFRE** restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

11.1.6 Edad

MAPFRE no aceptará el ingreso a esta póliza de ninguna persona mayor de 64 años.

Una vez aceptada, no habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

Por lo que respecta a los hijos, estos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en la sección 1ª numeral 1.14.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y **MAPFRE** reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

De acuerdo al artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en caso de que la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por **MAPFRE** se aplicarán las siguientes reglas de acuerdo a las tarifas vigentes al tiempo de la celebración del contrato:

1. En caso de que el asegurado pague una prima menor por indicación inexacta de la edad, la obligación de **MAPFRE** reducirá en la proporción que haya entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del contrato

2. En caso de que **MAPFRE** haya satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos

3. En caso de que el asegurado pague una prima mayor por indicación inexacta de la edad, **MAPFRE** reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad

4. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, **MAPFRE** estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

MAPFRE se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados. Una vez comprobada la edad, **MAPFRE** hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

11.1.7 Periodo del Seguro

Las partes convienen expresamente en que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación será de un año y coincidirá siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la carátula de la póliza.

11.1.8 Periodo de Beneficio

Si la póliza se renueva sin interrupción alguna y no presenta un periodo al descubierto, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada padecimiento sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos hasta el agotamiento de la suma asegurada y de acuerdo con las condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si la póliza se da por terminada por cualquier causa imputable al contratante y/o al asegurado, o a solicitud del contratante, o concluye la vigencia de la misma y ésta no es renovada y el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, se le pagarán los

gastos de esa atención médica hasta su terminación o al agotarse la suma asegurada, o por 30 días a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

11.1.9 Dividendos.

No se otorgarán dividendos en las pólizas de Gastos Médicos Mayores Colectivo, salvo pacto en contrario realizado con el Contratante de la póliza; vía endoso y siempre que se haya cotizado bajo experiencia propia.

11.1.10 Derecho de Conversión

Previo acuerdo a la celebración del contrato entre el contratante y **MAPFRE**, se podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva de la misma.

11.1.11 Terminación anticipada del contrato

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de forma anticipada, MAPFRE devolverá el 60% de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

Para poder proceder con dicha cancelación, el contratante deberá solicitarla a través del formato correspondiente, formato que deberá ser entregado a MAPFRE, quien asignará un número de folio de cancelación

La prima será devuelta a solicitud expresa por escrito por el Contratante y/o representante legal en un periodo máximo de 30 días al medio de depósito que el contratante y/o representante indique.

11.1.12 Renovación.

MAPFRE podrá otorgar al contratante la renovación, la cual se sujetará a las condiciones de cobertura aplicables y vigentes al momento de la renovación; aplicando el incremento de tarifa que proceda para cada renovación siendo el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados, establecidos en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

MAPFRE se podrá reservar el derecho de presentar propuesta de renovación.

El pago de la prima se acreditará mediante el recibo de pago extendido en las formas usuales que MAPFRE utilice y se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Se perderá el derecho a la renovación en cualquier

momento si MAPFRE comprueba que hubo dolo o mala fe.

11.2 Cláusulas Operativas

11.2.1 Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento cubierto.

11.2.2 Residencia

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la República Mexicana.

11.3 Cláusulas Contractuales

11.3.1 Competencia

Si para los casos previstos en el numeral 11.1.1, el reclamante no opta por el arbitraje previsto en la misma, así como para cualquier otro no contemplado en tal cláusula, podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo. En caso de juicio, se deberá emplazar a **MAPFRE** en el domicilio que se indica en la carátula de la póliza.

En caso de controversia, el reclamante tendrá la prerrogativa de acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en sus oficinas Centrales o en sus delegaciones, a la Unidad de Atención a Clientes de La Compañía, o acudir directamente ante los Tribunales competentes.

11.3.2 Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias y por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De acuerdo al Artículo 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.-En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, empezando a contar desde el día en que MAPFRE tenga conocimiento del seguro. En caso de la realización de un siniestro, se cuenta desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

El plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexacatas declaraciones sobre el riesgo corrido.

11.3.3 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del contratante, asegurado o **MAPFRE** serán en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos en vigor a la fecha de pago.

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en el equivalente en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio vigente para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, publicado en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente al día y lugar en que se haga el pago. (Artículo 8 de la Ley Monetaria).

11.3.4 Otros Seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas por padecimientos otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente instituciones, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. En el caso de la cobertura Muerte Accidental, el párrafo anterior quedará sin efecto.

11.3.5 Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a MAPFRE en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier reclamación o notificación realizada por **MAPFRE** relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

De acuerdo al Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

11.3.6 Interés Moratorio

En caso de que **MAPFRE** no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

11.3.7 Subrogación

La empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el asegurado tenga relación conyugal o de parentesco, por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño, o bien si es responsable de la misma.

11.3.8 Modificaciones al Contrato

Si el contratante y/o asegurado titular desea realizar modificaciones al presente contrato de seguro, se deberá notificar por escrito a MAPFRE previo acuerdo de las partes y haciéndose constar mediante cláusulas adicionales o endosos a la póliza del seguro considerando cuando proceda el ajuste necesario a las primas, siempre que lo solicitado se encuentre considerado en el registro de producto previamente realizado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes de Seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

11.3.9 Entrega de información

MAPFRE está obligada a entregar al contratante y/o asegurado de la póliza los documentos que forman parte del presente contrato en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que MAPFRE utilice para el efecto pudiendo ser correo certificado o correo ordinario.
3. A través de: la página de internet www.mapfre.com.mx, al teléfono 52300 7000 o el correo electrónico que se encuentra en la página oficial de MAPFRE o bien,
4. Al correo electrónico indicado por el contratante en la solicitud del seguro.

MAPFRE dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral uno y en los casos de los numerales dos y tres, dejará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el asegurado y/o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos 5230 7000 en la Ciudad de México, o al 01 800 0 MAPFRE (627 373) para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.mapfre.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

11.3.10 Cláusula de Agravación del Riesgo

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos de acuerdo a los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, faculta a MAPFRE para considerar agravado esencialmente el riesgo. Además de acuerdo al artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos declaren inexactamente o no remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, se restringen las obligaciones por parte de MAPFRE con lo previsto en el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes

MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, con número de teléfono: 5230 7090 o 01 800 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, con correo electrónico une@mapfre.com.mx

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) Domicilio: Avenida Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfono: En la Ciudad de México al 5340-0999 y dentro de la república al 01-800-999-8080. Página web: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

12 . ANEXO DE LEYES

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, Ley sobre el Contrato de Seguro, Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo, Ley Monetaria y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

12.1 Ley sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25.- 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 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el 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. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la trasmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas

Artículo 168.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

Artículo 169.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

12.2 Ley de Instituciones de Seguros y 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 exista mora;

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;
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.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.+

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

12.3 Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 7.- Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza.

Artículo 8.- El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:

a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y

b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;

II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;

III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;

b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y

c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;

VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;

VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y

IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

12.3 Ley Monetaria

Artículo 8.- La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor

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 SEGUROS, QUEDARON REGISTRADAS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, A PARTIR DEL DÍA 16 DE OCTUBRE DE 2019, CON NÚMERO PPAQ-S0041-0051-2019/ CONDUSEF-002096-05.

MAPFRE Tepeyac, S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en: www.mapfre.com.mx



**Para mayores informes
consulta a tu agente MAPFRE.**

En la ciudad de México

5230 70 00

del Interior de la República

SIN COSTO

01 8000 627373

www.mapfre.com.mx

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES