

CONDICIONES GENERALES

GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES



CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Definiciones.....	3
2. Objeto del Seguro	8
3. Contrato	8
4. Gastos Médicos Cubiertos	8
4.1 Gastos Hospitalarios.....	9
4.2 Honorarios Médicos	9
4.3 Medicamentos.....	9
4.4 Auxiliares de Diagnóstico	10
4.5 Otros Servicios Médicos	10
4.6 Eventos Sujetos a Condiciones Particulares	11
5. Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera.....	20
6. Límites de la Cobertura y Gastos a cargo del Asegurado.....	22
7. Exclusiones	24
8. Pago de Sinistros e Indemnizaciones	28
9. Coberturas Opcionales con Costo.....	28
9.1 Emergencia en el Extranjero	28
9.2 Maternidad	29
9.3 Accidentes Personales.....	30
9.4 Gastos de Sepelio.....	31
9.5 Previsión MAPFRE.....	32
9.6 Enfermedades Catastróficas en el Extranjero	34
9.7 Incremento a Honorarios Quirúrgicos.....	35
9.8 Indemnización por Hospitalización	35
9.9 Cobertura Internacional	36
9.10 Eliminación de Deducible por Accidente	37
9.11 Deducible Anual	37
10. Servicios Adicionales.....	37
10.1 Central Médica	37
10.2 Asistencia en Viaje	38
10.3 Servicio Dental Básico	41
10.4 Servicio Visión Acceso Fácil	44
11. Cláusulas Generales	46
11.1 Cláusulas de interés para el Asegurado	46
11.2 Cláusulas Operativas	52
11.3 Cláusulas Contractuales.....	52

1. DEFINICIONES

- 1.1 MAPFRE.** En lo sucesivo se entenderá por **MAPFRE** a la aseguradora **MAPFRE México, 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:
- a) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
 - b) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
 - c) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o medicamentos.
- 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 firma la solicitud como asegurado principal. 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.** 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.
- 1.7 COFEPRIS.** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- 1.8 CIRUGÍA PROGRAMADA.** Beneficio otorgado al asegurado cuando **MAPFRE** confirma el pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica.
- 1.9 COASEGURO.** De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible, el cual se encuentra establecido en la carátula de la póliza.
- 1.10 COBERTURA BÁSICA.** Es aquella que contempla los gastos cubiertos con y sin períodos de espera, referidos en las secciones 4ª y 5ª de las presentes condiciones generales.
- 1.11 CONTRATANTE.** Persona física o moral que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros y es el responsable del pago de la prima.
- 1.12 DEDUCIBLE.** De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado, la cual se encuentra establecida en la carátula de la póliza.
- 1.13 DEPENDIENTES ECONÓMICOS.** Cónyuge, concubina o concubinario del titular, hijos solteros incluidos en la póliza e hijos (as) de las hijas aseguradas siempre y cuando hayan nacido dentro de la vigencia de la póliza.

- 1.14 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.
- 1.15 DOMICILIACIÓN BANCARIA.** Autorización otorgada por el contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.
- 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.** Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y que forman parte de éste.
- 1.19 ENFERMEDAD.** Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como un solo 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 período de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo 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 un solo evento a todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de un padecimiento, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.
- 1.23 FDA.** U.S. Food and Drug Administration.
- 1.24 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.
- 1.25 HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.** Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

- 1.26 HOSPITAL.** Institución de salud legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
- 1.27 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 de contratación y que adicionalmente puede ser consultado a través de Central Médica o en la página de Internet: www.mapfre.com.mx
- 1.28 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.
- 1.29 MEDICAMENTO.** Sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o rehabilitador, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, que esté registrado ante la Secretaría de Salud para su venta y uso en el país, y que su actividad farmacológica esté indicada para el padecimiento reclamado.
- 1.30 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.

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.

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.

QUIROPRÁCTICO. Es aquel profesional el cual 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.

- 1.31 MÉDICO DE RED.** Médico que celebre o mantenga convenio con **MAPFRE** para dar trato preferencial a sus asegurados. Esta información se obtiene a través de Central Médica.
- 1.32 PADECIMIENTO.** Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier enfermedad o accidente.
- 1.33 PADECIMIENTO PREEXISTENTE.** Se considerará preexistente, cualquier padecimiento:
- Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y/o;
 - Que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, y/o;

- c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico del padecimiento de que se trate.

1.34 PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente **MAPFRE** al prestador de servicios en convenio, 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 PERÍODO AL DESCUBIERTO. Es el período de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Empieza al terminar el Período de Gracia.

1.38 PERÍODO DE ESPERA: Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza antes de considerar cubiertos los gastos por las enfermedades que se enuncian en el apartado Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera. Este período de espera opera para cada Asegurado.

1.39 PERÍODO DE GRACIA. Período de 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, o fracción de ella en caso de pago en parcialidades, con que cuenta el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. Este período comenzará a computarse siempre y cuando la prima, o fracción de prima, no haya sido pagada a la fecha de su vencimiento.

A las doce horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

En el Período de Gracia no operará el Pago Directo si la prima no está pagada.

1.40 POLITRAUMATISMO. Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles que deben ser tratadas inmediatamente producidas en un mismo accidente que provocan deterioro circulatorio, respiratorio y/o neurológico, y que a causa de su gravedad hayan requerido la permanencia del Asegurado en un hospital por diez (10) o más días naturales y que además dentro de la hospitalización haya sido derivado a una unidad de cuidados intensivos.

1.41 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.

1.42 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.

1.43 RECIÉN NACIDO. Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 60 días de haber nacido.

1.44 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida por una póliza de Gastos Médicos Mayores en **MAPFRE** o en otra Compañía de Seguros legalmente establecida en los Estados Unidos Mexicanos.

Para reconocer un período de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante deberá comprobar a **MAPFRE** que durante ese período la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado fue (ron) pagada(s).

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los períodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas Condiciones Generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el período señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

La antigüedad reconocida para cada Asegurado se indicará en la póliza.

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

1.46 SEGUNDA VALORACIÓN. A solicitud de **MAPFRE** el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico y/o procedimiento inicial del padecimiento a tratar, por medio de médicos especialistas que no participen de ninguna manera en la atención médica y que son designados por **MAPFRE**. Este servicio se otorga sin costo alguno y se aplica en los casos donde **MAPFRE** lo considere conveniente.

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

1.48 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.

1.49 SÍNTOMAS. Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.

1.50 SUMA ASEGURADA. Se define como el límite máximo de responsabilidad de **MAPFRE**, para cada asegurado a consecuencia un padecimiento cubierto. Dicho límite máximo para los padecimientos cubiertos es el contratado para la cobertura básica, salvo para los expresamente indicados dentro de la caratula de la póliza o en las presentes condiciones generales.

1.51 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS. Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Esta lista podrá actualizarse de manera anual y puede ser consultada y descargada en nuestro portal www.mapfre.com.mx.

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.

1.53 TRATAMIENTO PROFILÁCTICO. Son todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad en el organismo.

1.54 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.

1.55 VITAL. Se refiere a lo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para que una persona siga viva.

1.56 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 hospitalarios y honorarios médicos erogados a consecuencia de atención médica y/o quirúrgica por algún padecimiento cubierto o evento específicamente señalado como amparado en este contrato, dentro de los términos y condiciones que se especifiquen en la póliza, siempre que la causa que les dio origen ocurra o se inicie durante la vigencia de esta póliza, y que sean necesarios para la recuperación de la salud del asegurado teniendo 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 y el periodo de beneficio establecido en la misma, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto al padecimiento que haya afectado al Asegurado;

Sujeto al deducible, porcentaje y tope de coaseguro que se indican en la carátula de la póliza.

3. CONTRATO

La presente póliza, estas condiciones generales, la solicitud que el contratante, asegurado titular o asegurado ha 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.

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

4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de padecimientos cubiertos, 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 misma.

4.1 Gastos Hospitalarios

- 4.1.1 CAMA EXTRA.** Gastos erogados por 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 erogados 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 erogados por estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.
- 4.1.4 SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN Y CURACIONES.** Gastos erogados 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 al 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 vía 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 la intervención quirúrgica y posteriores a los 15 días subsecuentes al alta hospitalaria, 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 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 erogados 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 correspondiente con el desglose de los medicamentos.
- 4.3.2 OXÍGENO.** Gastos erogados 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 erogados 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 erogados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

La cobertura de estudios de laboratorio se hará con base en las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica Mexicanas e Internacionales.

4.5 Otros Servicios Médicos

4.5.1 AMBULANCIA

TERRESTRE. Gastos erogados por 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 erogados 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 erogados 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. Gastos erogados 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.

- a) 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 cubierto.
 - Hayan transcurrido por lo menos 5 años desde la última implantación.
 - La prótesis a reponer se considere como vital.
- b) 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 cubierto.
 - 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 (trecentos 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.

4.5.5 RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL. Gastos erogados por 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. Gastos erogados por tratamietnos 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 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. *Con este beneficio se cubren los gastos erogados por padecimientos preexistentes a la contratación de la póliza, con las siguientes condiciones:*

1. Los gastos erogados por padecimientos preexistentes declarados por el Asegurado en la solicitud podrán quedar cubiertos siempre y cuando:

- a) *No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos durante dos años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un seguro de Gastos Médicos Mayores individual en **MAPFRE**. Los dos años se contarán a partir de la fecha en que el Asegurado haya declarado el padecimiento preexistente a **MAPFRE** en la solicitud.*
- b) *El padecimiento no se encuentre excluido por las Condiciones Generales.*
- c) *El asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente al término de los dos años antes mencionados.*

*Una vez transcurrido el período de cobertura continua e ininterrumpida de dos años en **MAPFRE**, el Asegurado deberá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados, a través de la eliminación del endoso de exclusión, adjuntando a su solicitud un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento excluido. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento declarado.*

MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria para valorar la eliminación del endoso de exclusión. Los gastos generados por los estudios médicos, de laboratorio, o cualquier otro necesarios para la comprobación y/o valoración de Padecimientos Preexistentes, correrán a cargo del Asegurado. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica.

2. Los gastos erogados por padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en la solicitud podrán ser cubiertos siempre y cuando:

- a) *No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos durante cinco años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un seguro de Gastos Médicos Mayores individual en **MAPFRE**.*
- b) *El padecimiento no se encuentre excluido por las Condiciones Generales.*
- c) *El asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente al término de los cinco años antes mencionados.*

*Una vez transcurrido el período de cobertura continua e ininterrumpida de cinco años en **MAPFRE**, el asegurado deberá solicitar la cobertura de los padecimientos no declarados preexistentes, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento declarado.*

MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los gastos erogados por padecimientos preexistentes no declarados estarán cubiertos bajo el deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica y con una Suma Asegurada de \$360,000 pesos (treiento sesenta mil pesos 00/100 M.N.) o la Suma Asegurada contratada, lo que resulte menor.

Para Asegurados de nuevo ingreso a la póliza, el período de cobertura continua e ininterrumpida de cinco años para tener derecho a este beneficio, se contará a partir de la fecha de inclusión en la póliza.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1ª, numeral 1.44.

4.6.2 ACUPUNTURA. Se cubrirán los gastos erogados 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 1.30 y se cumpla con los siguientes requisitos:

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

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

- **Gastos erogados por tratamientos médicos que se efectúa en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, homeópata o tratamientos quirúrgicos.**
- **Gastos erogados por tratamientos con acupuntura que exceda de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

4.6.3 DOS O MÁS CIRUGÍAS EN LA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA. Cuando se practiquen dos cirugías en la misma sesión quirúrgica, los gastos erogados a consecuencia de las mismas se cubrirán de la siguiente manera:

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

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

4.6.4 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. *Los gastos erogados a consecuencia de cualquier complicación del embarazo, siempre y cuando la asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza.*

4.6.5 HOMEOPATÍA. *Se cubrirán los gastos erogados 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 1.29 y se cumpla con los siguientes requisitos:*

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

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

- **Gastos originados a consecuencia de tratamiento médico homeópata que se efectúe en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, acupuntura o tratamientos quirúrgicos.**
- **Gastos originados a consecuencia de tratamientos con medicina homeopática que excedan de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

4.6.6 RECIÉN NACIDO. *Los hijos de asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, cubriéndoles malformaciones o padecimientos congénitos, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida con **MAPFRE** al momento del parto o cesárea, se reporte el nacimiento durante los 60 días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de Primas.*

*Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado. El plazo máximo con que cuenta el asegurado o contratante para dar aviso por escrito a **MAPFRE** de dicho evento será durante los 60 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento. Si transcurrido este plazo **MAPFRE** no ha recibido ninguna comunicación, la protección del hijo recién nacido quedará sin efecto.*

*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, y al pago de la prima.*

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

- **Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- **Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto o excluido de la madre asegurada.**

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1ª, numeral 1.44.

4.6.7 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. *Para los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, o para los nacidos durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con los 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE, se cubrirán los gastos originados por los padecimientos o malformaciones congénitas, siempre y cuando cumplan con las siguientes características:*

- *No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico y tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en la póliza.*
- *No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en la póliza.*
- *El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en la póliza.*

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas, previa valoración médica.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

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

- **Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- **Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.**

4.6.8 PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS. *Se cubrirán los gastos erogados a consecuencia de atención de daño psiquiátrico o psicológico, siempre que:*

- *El médico tratante presente el diagnóstico.*
- *Un médico psiquiatra o psicólogo confirme dicho diagnóstico.*

- *Ambos cuenten con los documentos oficiales que los acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).*
- *La atención se requiera a consecuencia de alguno de los siguientes eventos, siempre y cuando ocurra durante la vigencia de la póliza y sea un padecimiento o accidente cubierto:*
 - *Haber sufrido alguno de los siguientes eventos:*
 - a) *Politraumatismo.*
 - 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) *Robo con violencia.*
 - b) *Secuestro.*
 - c) *Violación.*

Se cubren los gastos erogados a consecuencia de atención psiquiátrica o psicológica por ansiedad y/o depresión consecuencia de los eventos o enfermedades enunciados en esta cláusula.

*Se cubrirán los honorarios del médico psiquiatra o psicólogo por un máximo de 24 consultas por un año a partir de la fecha de la primera consulta por un período máximo de 2 años siempre y cuando la póliza permanezca vigente con **MAPFRE**. Sólo se brinda la cobertura en la República Mexicana y hasta por una 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 evolución y pronóstico del paciente.

Se cubrirán todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante dos años a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica hasta un máximo total de \$70,000 pesos (setenta mil pesos 00/100 M.N.).

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

- **Los honorarios del médico psiquiatra o psicólogo y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con los documentos oficiales que lo acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).**
- **Los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.**

4.6.9 POLITRAUMATIZADO. *En el caso de politraumatizado se seguirá el procedimiento mencionado en la sección 4.6.3; si se requiere la intervención de otro especialista los honorarios de éste serán cubiertos al 100% del tabulador.*

4.6.10 QUIROPRÁCTICOS. *Se cubrirán los gastos erogados a consecuencia de atención de quiropráctico, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:*

- *Los gastos erogados a consecuencia de 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 plan y estado contratados. En caso de requerirse, **MAPFRE** pagará hasta 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.*

4.6.11 RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO, PERO QUE PUEDEN QUEDAR CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.

- a) **Salvo convenio expreso y por escrito, esta póliza no ampara las lesiones que sufran los asegurados:**
1. **En taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
 2. **Como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.**
 3. **Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
 4. **En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.**

Si MAPFRE acepta el riesgo cobrará la extraprima correspondiente, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del riesgo.

- b) **Ocupación:** Si el asegurado cambia a una ocupación diferente a la que tenía al momento de contratar su póliza y que conlleve a un riesgo mayor de sufrir algún padecimiento, deberá avisar por escrito a MAPFRE, ésta se reserva el derecho de extender la protección para 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.

Si el asegurado no avisa por escrito a MAPFRE, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

4.6.12 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 del órgano en caso de que éste sea el Asegurado, así como los del donador exclusivamente por el procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, gastos relacionados con las pruebas de compatibilidad entre el donador y el Asegurado, gastos de recuperación intrahospitalaria, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación al asegurado.

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

El pago de estudios de compatibilidad entre el Asegurado y posibles donadores. Tampoco se pagarán retribuciones, donativos o compensaciones adicionales de ninguna especie.

4.6.13 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, el periodo de beneficio 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.**

4.6.14 SEGUNDA OPINION 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.

4.6.15 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON COASEGURO ESPECÍFICO

Los gastos erogados por los siguientes conceptos y/o procedimientos, quedarán cubiertos con coaseguro del 30% o el coaseguro contratado para la cobertura básica, lo que resulte mayor, sin aplicar tope del mismo.

Focus Exablate.
Cirugía Robótica.
DRX 9000.
Gorro refrigerante para quimioterapia.
Spreader grafts.
Aparatos cocleares.

Los gastos erogados por los siguientes procedimientos estarán cubiertos sólo para tratamientos autorizados por la FDA o COFEPRIS y se cubrirán con coaseguro del 30% o el coaseguro contratado para la cobertura básica, lo que resulte mayor, sin aplicar tope del mismo.

Autotransfusión de plaquetas.
Trasplante de condrocitos autólogos.
Trasplante de Células Madre.
Ozono Terapia.
Cámara Hiperbárica.
Aplicación de Factores de crecimiento para ortopedia.

4.6.16 FRANJA FRONTERIZA

MAPFRE cubrirá los gastos erogados en la franja fronteriza a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, siempre y cuando los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajusten a las siguientes características:

- a) Se aplicará un deducible que en ningún caso podrá ser menor al máximo entre el especificado en la carátula de la póliza y USD\$2,000.
- b) El coaseguro aplicable será el máximo entre el contratado especificado en la carátula y el 20%, sin tope.
- c) Los gastos efectuados deben haber sido realizados con médicos y hospitales en las ciudades fronterizas de Estados Unidos de Norteamérica con la República Mexicana, siempre y cuando el territorio de dichas ciudades se apege a la definición de franja fronteriza.
- d) Los gastos médicos amparados y las exclusiones bajo la cual operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.
- e) La Suma Asegurada de esta cobertura está incluida en la suma asegurada de la cobertura básica.

- f) Se cubrirá vía reembolso aplicando el tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos del plan contratado.

Además se cubrirá solo vía reembolso la indemnización establecida en los puntos 5.3.1 Ayuda de Maternidad y 9.2 Maternidad, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en las mismas.

5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

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

Todos los gastos erogados por los padecimientos considerados en este apartado se rigen por las condiciones de cobertura contratadas para la cobertura básica.

5.1 Período de Espera de 30 días.

Se cubrirán los gastos erogados por las enfermedades que se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado, siempre y cuando no sean preexistentes, ni estén excluidas por las presentes Condiciones Generales.

Esta limitación no opera en la renovación de la póliza.

5.2 Período de Espera de 6 meses.

Se cubrirán los gastos erogados por padecimientos de rodilla cuando el Asegurado cumpla con 6 meses de vigencia continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no se trate de una enfermedad considerada como Preexistente.

5.3 Período de Espera de 10 meses.

5.3.1 Ayuda de Maternidad. *Se amparan los gastos erogados por el evento final al que se llegue por embarazo, tratándose de parto normal o cesárea, hasta la suma asegurada de esta cobertura, sin aplicar el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos.*

Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

Esta cobertura se otorga a las aseguradas de la póliza entre 15 y 44 años de edad.

Esta cobertura sólo opera en Territorio Nacional y franja fronteriza. El pago solo aplicará vía reembolso en caso de ser en franja fronteriza.

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 antes del evento final; al que se llegue por embarazo.

Para el numeral 5.3.1 no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1ª, numeral 1.44.

5.4 Período de Espera de 12 Meses.

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el Asegurado cumpla con 12 meses de vigencia continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea Enfermedad Preexistente.

5.4.1 Tratamiento médico o quirúrgico de:

- *Padecimientos ginecológicos.*
- *Padecimientos relacionados con columna vertebral.*
- *Insuficiencias del piso perineal.*
- *Vesícula y vías biliares.*
- *Litiasis del sistema urinario.*
- *Várices.*
- *Hipertensión Arterial.*
- *Diabetes Mellitus.*
- *Hernias inguinales, inguino escrotales y post incisionales.*
- *Glándulas mamarias. En caso de fibrosis quística mamaria o cualquier otra afección tumoral.*

5.4.2 *Gastos erogados a consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que en adición a cumplir el período de espera de 12 meses, deberán someterse a segunda valoración para determinar la procedencia del siniestro, previa al evento médico o quirúrgico.*

- *Gastos relativos a cirugía nasal, para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico.*
- *Cirugía de pared y hernias abdominales.*

5.5 Período de Espera de 24 Meses.

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el Asegurado cumpla con 24 meses de vigencia continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea Enfermedad Preexistente.

5.5.1 *Circuncisión, siempre y cuando no sea con fines profilácticos. **No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1ª, numeral 1.44.***

5.5.2 *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 6 meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.*

5.5.3 *Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.*

5.5.4 *Padecimientos ano rectales.*

5.5.5 *Padecimientos prostáticos y artritis reumatoide.*

5.5.6 *Hallux valgus (juanetes).*

5.5.7 *Apnea obstructiva (enfermedad del sueño).*

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

5.5.9 *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 1.44.

5.6 Período de Espera de 60 Meses.

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el Asegurado cumpla con 60 meses de vigencia continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea Enfermedad Preexistente.

Para estos padecimientos no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1ª, numeral 1.44.

5.6.1 *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 período.*

La suma asegurada máxima para esta cobertura es \$ 4, 000,000 pesos (cuatro millones de pesos 00/100 m.n.), o la suma asegurada básica, lo que sea menor.

5.6.2 *Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo), aun sin contar con los requisitos mencionados en el numeral 5.5.9 de ésta sección.*

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

6.1 Suma Asegurada. Toda indemnización que **MAPFRE** pague por algún padecimiento por asegurado, reducirá en igual cantidad la suma asegurada, siendo reinstalada automáticamente para otros padecimientos diferentes que ocurran o se inicien durante la vigencia de la póliza, sin pago de prima adicional.

6.2 Deducible. El deducible aplicará en todos los casos por cada padecimiento cubierto por una sola ocasión cuando se trate del mismo evento.

En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes supere el deducible contratado, excepto para el pago de complementos de reclamaciones anteriores.

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, y el primer tratamiento médico o quirúrgico se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

6.3 Coaseguro. Aplicará en cada reclamación procedente por accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria, una vez descontado el deducible contratado.

6.4 Tope de Coaseguro. Cantidad máxima de coaseguro que aplicará por cada accidente o enfermedad, 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, ajustandolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza y condiciones generales 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**.

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 por los gastos erogados en dicho hospital, en este caso no opera el beneficio de Pago Directo ni 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.

Plan contratado	Hospitales en el Extranjero	Nivel "AA"	Nivel "A"	Nivel "B"	Nivel "C"
HF Diamante Internacional	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	Reducción hasta de 10pp*, aplica sólo en el gasto nacional
HF Oro	Aplica el coaseguro contratado	Penalización de un incremento de 30 pp*	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 Diamante Nacional	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	Reducción hasta de 10pp*, aplica sólo en el gasto nacional
HF	N/A	Penalización de un incremento de 30 pp*	Aplica el coaseguro contratado	Reducción hasta de 7pp*, aplica sólo en el gasto nacional	Reducción hasta de 10pp*, aplica sólo en el gasto nacional

GMH Plus	N/A	Penalización de un incremento de 30 pp*	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 30 pp*	Penalización de un incremento de 30pp*	Penalización de un incremento de 30pp*	Aplica el coaseguro contratado

*pp= Puntos porcentuales

6.7 Pago Directo. Este beneficio se otorga al asegurado siempre y cuando la atención médica o quirúrgica de padecimientos cubiertos en el contrato se lleve a cabo directamente con médicos y hospitales en red.

Para que se otorgue este beneficio, el tratamiento médico o quirúrgico deberá rebasar el deducible contratado. El otorgamiento de este beneficio no exime al asegurado del pago de deducible y coaseguro mencionado en la póliza.

Se entiende como precertificación al hecho de que, en caso de tratamiento quirúrgico, el asegurado:

6.7.1 Se comunique a Central Médica, donde le indicarán los hospitales en los que opera el beneficio de Cirugía Programada y

6.7.2 Envíe a **MAPFRE**, por lo menos con cinco días hábiles de anticipación a la 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.

No se otorgará el beneficio de cirugía programada si el asegurado se realiza un tratamiento quirúrgico adicional al autorizado.

Si al momento de la atención médica o quirúrgica de padecimientos cubiertos la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, no operará el beneficio de Pago Directo ni Cirugía Programada, salvo que el pago de la prima se realice por Domiciliación Bancaria y la póliza no presente periodo al descubierto.

Si el asegurado se realiza un procedimiento quirúrgico diferente y/o adicional al notificado a MAPFRE, deberá avisar por escrito a esta, de lo contrario, la compañía aseguradora se reserva el derecho de otorgar el beneficio de Pago Directo, si es que éste beneficio aplicara.

El beneficio de Pago Directo también opera para la “Cobertura Internacional”, bajo los mismos lineamientos.

6.8 Reembolso. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes

7. EXCLUSIONES

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

- A. Padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en la sección 4ª, numeral 4.6.1, Padecimientos Preexistentes.
- B. Malformaciones o padecimientos congénitos a excepción de lo mencionado en la sección 4ª, numerales 4.6.6 Recién Nacido y 4.6.7 Padecimientos Congénitos.
- C. 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.
- D. Complicaciones de padecimientos no cubiertos salvo lo estipulado en la cláusula 4.6.13 Complicaciones de padecimientos no cubiertos.
- E. Alteraciones del sueño, salvo lo mencionado en el numeral 5.5.7 de la sección 5ª, Gastos Cubiertos con Período de Espera.
- F. 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.
- G. Tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, acné y nevos, cualquiera que sea su causa.
- H. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos, para reducción de peso o para control de obesidad, cualquiera que sea su causa.
- I. 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.

- J. Gastos de atención de recién nacidos, de manera enunciativa más no limitativa: incubadora, cunero, pediatra y circuncisión.**
- K. 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 complicación derivada de éste.**
Tampoco se cubrirán gratificaciones o remuneraciones de ninguna índole que llegará a recibir el donador.
- L. Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, cualquiera que sea su causa.**
- M. Anteojos y lentes de contacto.**
- N. Tratamiento con fines profilácticos y preventivos, vacunas, 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 funcionan como complemento alimenticio (de manera enunciativa más no limitativa: vitaminas, proteínas, leches y fórmulas lácteas). Así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo.**
- O. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, medicina biológica, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación. Así como medicamentos de acción y terapia celular.**
- P. 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, no se cubrirán los gastos derivados de 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.

- Q. Cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato.**
- R. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.**
- S. Gastos no relacionados con el tratamiento médico, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos, y dermocosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, 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.**
- T. Suicidio o intento de suicidio, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- U. 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.**
- V. Reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la sección 4ª, numeral 4.5.4.**
- W. 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, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).**
- X. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica, ya sea profesional o amateur, de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, salto de bungee, lucha grecorromana, espeleología, box y tauromaquia.**
- Y. Homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- Z. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.**

- AA. No serán cubiertas las cirugías estéticas o reconstructivas ni las complicaciones que deriven de las mismas. 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.**

- BB. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 4. “Gastos Médicos Cubiertos”.**

- CC. No se cubre la responsabilidad civil de cualquier carácter jurídico derivada del servicio recibido.**

- DD. Los gastos por honorarios médicos y/u honorarios quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.**

- EE. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**

- FF. Las propias mencionadas en la descripción de coberturas.**

- GG. Cualquier gasto derivado de un padecimiento en el que se haya requerido segunda valoración y ésta no se realice.**

- HH. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyos primeros signos o síntomas se manifiesten o primer gasto para diagnóstico o tratamiento se haya realizado, antes de cumplirse el periodo de espera estipulado en la sección 5. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.**

8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

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 y estado de contratación.

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. Estarán sujetas a las condiciones generales del contrato de seguro.

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 en el extranjero hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada, o por un período 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 médica crítica que pone en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano del asegurado.

El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años de edad para pólizas nuevas, pudiendo renovarse hasta los 69 años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la sección 11ª, numeral 11.1.2. Para los recién nacidos esta cobertura operará a partir de los 31 días de nacido.

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 de este beneficio, no aplica coaseguro.

En esta cobertura puede operar el beneficio de Pago Directo.

9.2 MATERNIDAD

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se ampara el evento fi al que llegue por embarazo la asegurada considerada con este beneficio, tratándose de parto normal o cesárea.

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.

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

Así mismo se cubrirán:

9.2.1 Gastos erogados por la atención intra-hospitalaria 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.

9.2.2 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 período 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, en caso de ser menor a esta edad se podrá otorgar mediante convenio expreso.

El período 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 no 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 4.6.4, 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 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.

Este beneficio opera para cada integrante de la póliza y ampara la cobertura de muerte accidental para personas mayores de 12 años y hasta los 64 años de edad; aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los 69 años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la sección 11ª, numeral 11.1.2.

*“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”. (Artículo 168, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

*“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 169, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si como consecuencia del accidente sufrido por el asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte, **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 para esta cobertura.

Los Asegurados que gocen de esta cobertura deberán otorgar su consentimiento para ser amparados por el beneficio de Muerte Accidental, de conformidad con lo indicado por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a la letra cita:

*“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 de beneficiario, así como la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora”.

En este beneficio es requisito indispensable designar beneficiarios; en caso de no existir designación de éstos, la indemnización correspondiente se realizará 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** señalando 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 del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.

• **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.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A" POR LA PÉRDIDA DE:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.....	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%

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 de edad, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los 69 años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la sección 11ª, numeral 11.1.2.

9.4 GASTOS DE SEPELIO

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

La indemnización se realizará a los beneficiarios designados en la solicitud, 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 de edad, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los 69 años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la sección 11ª, numeral 11.1.2.

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 si la muerte ocurre por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

9.5 PREVISIÓN MAPFRE

Mediante la contratación expresa de esta cobertura por parte del titular 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 vencimiento del período en curso.
- 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 vencimiento del período en curso.

Los rangos de edad del Asegurado Titular para los cuales se cubrirán los beneficios antes descritos quedan como sigue:

- Fallecimiento.
 - De 18 hasta 64 años para pólizas nuevas.
 - Hasta 69 años para renovaciones.
- Invalidez Total y Permanente de 18 hasta 59 años.

Las Sumas Aseguradas vigentes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular, se mantendrán sin modificación durante el período antes referido.

Lo anterior no tendrá efecto si el asegurado titular fallece o se invalida total y permanentemente por participar directamente en actos delictivos intencionales o debido a padecimientos preexistentes a la contratación de la presente cobertura.

Al dar inicio los beneficios de esta cobertura, los asegurados quedarán protegidos por los planes de Gastos Médicos Mayores del seguro individual, bajo las condiciones que se encuentren vigentes, mismas que se ajustarán conforme se actualice dicho contrato de seguro. Solo quedarán amparados en la cobertura básica sin coberturas adicionales.

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.

Invalidez Total y Permanente.

Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando el Asegurado Titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de algún 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 período 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 período 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 haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, quedando cubiertos por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro.

En caso de que la invalidez se dictamine con posterioridad al vencimiento del contrato, quedará cubierta, siempre y cuando entre la fecha de terminación del seguro y la del dictamen correspondiente no hayan transcurrido más de dos años, el accidente y/o enfermedad origen de la invalidez esté cubierto por el contrato, que haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, y que el Asegurado Titular no haya estado activo laboralmente en dicho lapso.

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.

9.6 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 otorga únicamente al contratar planes con cobertura nacional.

El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años para pólizas nuevas pudiendo renovarse hasta los 69 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 póliza. Los gastos cubiertos serán los mismos de la Cobertura Básica y serán amparados siempre que haya transcurrido un período 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 cardiaca 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 precedentes serán reducidos al 50%, una vez descontado el deducible y coaseguro aplicable.

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.

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.

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

9.7 INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, el asegurado podrá optar por la contratación de una base de tabulador de honorarios médicos y/o quirúrgicos con la que operan los diferentes planes de Gastos Médicos Mayores mayor a la que corresponda, en la proporción elegida por el Asegurado. El incremento sólo aplica en territorio nacional.

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los 64 años de edad, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los 69 años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la sección 11^a, numeral 11.1.2.

Esta cobertura aplica para los gastos de los padecimientos cubiertos por la póliza que se originen a partir de la fecha de contratación de la presente cobertura adicional, misma que no incrementará en ningún caso la base de los tabuladores médicos para padecimientos y eventos cuyo origen sea previo a la fecha de contratación de esta cobertura adicional.

9.8 INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se obtendrá el beneficio de la misma.

Esta cobertura adicional está sujeta a las condiciones y exclusiones generales de la cobertura básica de la póliza.

Definiciones para esta cobertura:

- **Día de Hospitalización:** Se entiende por día de hospitalización, las 24 horas continuas en que el asegurado se encuentre internado en un hospital.
- **Indemnización Diaria:** Es la cantidad de dinero que **MAPFRE** pagará al asegurado por cada día de hospitalización. Dicha cantidad se menciona en la carátula de la póliza.
- **Período de Carencia:** Es el número de días de hospitalización que deben transcurrir desde el ingreso del asegurado al hospital antes de que **MAPFRE** deba pagar la indemnización diaria. Este período se menciona en la carátula de la póliza.

Beneficio Amparado

Si durante la vigencia de esta póliza y como consecuencia directa de un padecimiento cubierto, el asegurado se viera precisado a internarse en un hospital privado para

someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud, **MAPFRE** pagará la indemnización diaria hasta por 180 días continuos una vez agotado el período de carencia, siempre que la póliza se encuentre vigente.

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

En sustitución a las condiciones generales de la cobertura básica de la póliza, prevalecerán las siguientes condiciones:

- Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se renueva sin interrupción alguna, se continuará pagando la indemnización diaria mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, aplicando un período máximo de cobertura de 180 días a partir del inicio de la hospitalización.
- Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura 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 se encuentra hospitalizado al momento de finalizar su vigencia, se le pagará la indemnización diaria hasta por un máximo de 30 días a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

El límite de edad de aceptación es hasta los 64 años para pólizas nuevas pudiéndose renovar hasta los 69 años.

La cobertura podrá continuar renovándose siempre y cuando el asegurado cumpla con lo mencionado en la sección 11ª, numeral 11.1.2.

9.9 COBERTURA INTERNACIONAL

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de 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 períodos de espera en esta cobertura empiezan a contar a partir del inicio de vigencia de la contratación de la misma.

Esta cobertura sólo ampara a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y no opera para asegurados cuya estancia fuera de la República Mexicana sea mayor a 90 días continuos. Si alguno de ellos permanece en el extranjero por un período mayor a los 90 días antes mencionados 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 período 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 de edad, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los 69 años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en sección 11ª, numeral 11.1.2.

A continuación se mencionan las condiciones aplicables para gastos en el extranjero:

- Los honorarios de médicos, anesthesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán al costo promedio usual y razonable para el tipo de padecimiento y hospital elegido.
- Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
- Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento proceda y se dé previo aviso a **MAPFRE** con un plazo de al menos 5 días hábiles anteriores a su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique el padecimiento y tratamiento a realizar.
- El límite máximo para trasplantes es de \$ 4, 000,000 pesos (cuatro millones de pesos 00/100 m.n.).

9.10 ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se exenta al Asegurado del pago del deducible en caso de que sufra un Accidente cubierto, siempre y cuando la primera atención y gasto se realicen durante los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el Accidente sin que sea necesario que el monto total de la(s) reclamación(es) supere(n) el deducible contratado.

Por lo anterior, con la contratación de esta cobertura, se modifica la cláusula 6.2 de las presentes Condiciones Generales.

Esta cobertura aplica únicamente en territorio nacional.

Son aplicables los términos, Condiciones Generales y exclusiones de la cobertura básica.

El límite máximo de Responsabilidad de **MAPFRE** para esta cobertura es el deducible nacional contratado y estipulado en la carátula de la póliza.

9.11 DEDUCIBLE ANUAL

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, en cada aniversario del siniestro, el asegurado deberá pagar el deducible vigente a la ocurrencia del siniestro para que **MAPFRE** cubra los gastos erogados y descritos en las secciones 4 y 5, siempre y cuando la póliza no tenga un periodo al descubierto.

El aniversario del siniestro será considerado a partir de la fecha del primer gasto reclamado.

El pago de deducible anual sólo aplica para los gastos reclamados y erogados a nivel nacional.

Son aplicables las condiciones generales de la sección 7. Exclusiones.

Por lo anterior, con la contratación de esta cobertura, se modifica la cláusula 6.2 de las presentes condiciones generales.

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 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

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. El tiempo antes mencionado solo operará para la Asistencia Médica por Enfermedad o Accidente del Asegurado en el Extranjero.

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:

10.2.1 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.

Quando 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.

10.2.2 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.

10.2.3 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.) por cada día, 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.

10.2.4 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.

10.2.5 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.

10.2.6 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.

10.2.7 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.

10.2.8 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.

10.2.9 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 directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.**
- k) La asistencia y gastos producidos por accidentes que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.**
- 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 SERVICIO DENTAL BÁSICO

Mediante este beneficio, **MAPFRE** proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado un contrato, los servicios dentales de carácter correctivo que a continuación se mencionan, siempre que se originen a causa de una patología dental por enfermedad o accidente, excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.

MAPFRE anexará a la póliza la guía del asegurado. La red de odontólogos estará disponible en www.mapfre.com.mx.

A. Los gastos amparados por este beneficio son:

- 1.- Diagnóstico y plan de tratamiento.
- 2.- Consulta de emergencia en horario normal (Horario de atención regular en los consultorios de la red de dentistas).
- 3.- Radiología (Periapical, oclusal y aleta de mordida).
- 4.- Operatoria Dental (Amalgamas y resinas).
- 5.- Cirugía Dental (Extracción simple y de restos radiculares expuestos).

B. Exclusiones del servicio DENTAL BÁSICO

- a) **Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.**
- b) **Medicamentos, anestesia general o sedaciones.**
- c) **Gastos hospitalarios.**

- d) **Tratamientos y erogaciones fuera del territorio Nacional.**
- e) **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**
- f) **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.**
- g) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de naturaleza experimental o de investigación.**
- h) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético como restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.**
- i) **Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de la cobertura del plan.**
- j) **Resinas en dientes posteriores en adulto o las afecciones resultantes por la aplicación de este tratamiento.**
- k) **Los tratamientos de las Especialidades no cubiertas como: Endodoncia, Cirugía (Excepto la Extracción simple y Extracción de restos radiculares o raíces expuestas), Prótesis, Ortodoncia, Cosmética Dental, Periodoncia y Cirugía Ortognática.**

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.

Para este beneficio aplicará el deducible y coaseguro estipulados en el anexo 43 de la presente póliza.

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

10.3.1 DENTAL ESTANDAR

Mediante la contratación expresa de este beneficio y el pago de la prima correspondiente, el asegurado podrá ampliar los beneficios señalados en la sección 10ª numeral 10.3 SERVICIO DENTAL BÁSICO.

Los servicios correctivos amparados por este beneficio serán cubiertos siempre que se originen a causa de una patología dental por enfermedad o accidente.

A. Los gastos amparados por este beneficio son:

- Cirugía Avanzada
 - Endodoncia

Para este beneficio aplicará el deducible y coaseguro estipulados en el anexo 43 de la presente póliza.

B. Exclusiones del servicio DENTAL ESTANDAR

En adición a lo estipulado en la sección 10ª numeral 10.3 inciso B, Exclusiones del servicio DENTAL BÁSICO, este beneficio no ampara:

- **Toda atención de carácter preventivo.**

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

10.3.2 DENTAL PLUS

Mediante la contratación expresa de este beneficio y el pago de la prima correspondiente, el asegurado podrá ampliar los beneficios señalados en la sección 10ª numerales 10.3 SERVICIO DENTAL BÁSICO y 10.3.1 DENTAL ESTANDAR.

Los servicios correctivos amparados por este servicio serán cubiertos siempre que se originen a causa de una patología dental por enfermedad o accidente.

A. Los gastos amparados por este beneficio son:

- Terceros Molares
- Prótesis

Para este beneficio, el deducible y el coaseguro serán indicados en el anexo 43 de la presente póliza.

B. Exclusiones del servicio DENTAL PLUS

En adición a lo estipulado en la sección 10ª numeral 10.3 inciso B, Exclusiones del servicio DENTAL BÁSICO y numeral 10.3.1 inciso B, Exclusiones del servicio DENTAL ESTANDAR, este beneficio no ampara:

- **Servicio de prótesis en retratamientos de endodoncia.**

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

10.4 SERVICIO VISIÓN ACCESO FÁCIL

Mediante éste beneficio, **MAPFRE** proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado un contrato, los servicios optométricos correctivos que a continuación se mencionan.

MAPFRE anexará a la póliza la guía del asegurado. La red de ópticas estará disponible en www.mapfre.com.mx.

A. Los gastos amparados por este beneficio son:

- 1.- Consulta optométrica.
- 2.- Armazón oftálmico y lentes graduados.
- 3.- Estuche duro por armazón.
- 4.- Lentes de contacto oftálmicos graduados (en caso de ser de cambio frecuente, el producto será el equivalente para un año, hasta el límite estipulado en la caratula de la póliza).
- 5.- Solución para el cuidado de lentes de contacto.
- 6.- Estuche para lente de contacto básico.

B. Exclusiones del servicio de VISIÓN ACCESO FÁCIL

a) Atención fuera de la República Mexicana.

b) Todos los gastos realizados por el asegurado por cualquier cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.

c) Cualquier tratamiento adicional a las micas no indicado en la cobertura del plan contratado.

d) Lentes de contacto denominados Gas Permeable.

e) Cualquier armazón mayor al tope en clave del plan contratado.

f) Cualquier reclamación presentada, de servicios realizados en ópticas fuera de red.

g) Lentes Antisolares.

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.

Para este beneficio aplicará el deducible y coaseguro estipulados en el anexo 43 de la presente póliza.

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

10.4.1 VISIÓN STANDARD

Mediante la contratación expresa de este beneficio y el pago de la prima correspondiente, el asegurado podrá ampliar los beneficios señalados en la sección 10ª numeral 10.4 SERVICIO VISIÓN ACCESO FÁCIL.

Para este beneficio aplicará el deducible y coaseguro estipulados en el anexo 43 de la presente póliza.

B. Exclusiones del servicio VISIÓN STANDARD

En adición a lo estipulado en la sección 10ª numeral 10.4 inciso B, Exclusiones del servicio VISIÓN ACCESO FÁCIL, este beneficio no ampara:

- **Toda atención de carácter preventivo.**

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

10.4.2 VISIÓN PLUS

Mediante la contratación expresa de este beneficio y el pago de la prima correspondiente, el asegurado podrá ampliar los beneficios señalados en la sección 10ª numerales 10.4 SERVICIO VISIÓN ACCESO FÁCIL y numeral 10.4.1 VISIÓN STANDARD.

Para este beneficio, el deducible y el coaseguro serán indicados en el anexo 43 de la presente póliza.

B. Exclusiones del servicio VISIÓN PLUS

En adición a lo estipulado en la sección 10ª numeral 10.4 inciso B, Exclusiones del servicio VISIÓN ACCESO FÁCIL, este beneficio no ampara:

- **Toda atención de carácter preventivo.**

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

11. CLÁUSULAS GENERALES

11.1 Cláusulas de interés para el Asegurado

11.1.1 Renovación Garantizada

MAPFRE se obliga a otorgar al asegurado la renovación de su contrato en forma garantizada y continua ofreciendo condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas, sin solicitar requisitos de asegurabilidad y los periodos ni las edades límite se podrán modificar en perjuicio del asegurado

En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la sección 11ª, numeral 11.1.3, se aplicará de acuerdo a la edad del asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En la primera y ulteriores renovaciones el deducible, coaseguro, tope de coaseguro, suma asegurada y plan contratados permanecerán fijos a menos que se desee una modificación por parte del contratante y en tal caso, este debe notificarlo por escrito; esto no afectará los beneficios ganados por antigüedad del asegurado siempre y cuando el nuevo plan los contemple, dicho cambio estará sujeto a la presentación y aceptación de los requisitos de asegurabilidad que corresponda, salvo lo estipulado en sección 11ª, numeral 11.1.2 Plan Vitalicio.

Se perderá el derecho a la renovación en cualquier momento si **MAPFRE** descubre que hubo dolo o mala fe de acuerdo a lo señalado en la sección 11ª, numeral 11.3.5.

El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido en las formas usuales de **MAPFRE** se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

MAPFRE se obliga a informar al contratante con al menos 20 días de anticipación a la renovación de la póliza, las condiciones aplicables a la misma.

Si el contratante no desea realizar la renovación del contrato deberá notificarlo por escrito a **MAPFRE**.

11.1.2 Plan Vitalicio

Si el asegurado contrata la póliza antes de edad 60 y la renueva de manera continua e ininterrumpida con **MAPFRE**, al llegar a edad 65 obtiene el beneficio de plan vitalicio, es decir, éste podrá continuar renovando su póliza de forma vitalicia en un plan de igual o menor amplitud (suma asegurada, tipo de hospital y coberturas adicionales) en el cual estuvo asegurado antes de iniciar con este beneficio.

Eventualmente, la suma asegurada y el deducible podrán actualizarse consecuencia de la inflación presentada en los servicios médicos, publicada por el Banco de México, de los últimos períodos, siempre y cuando, exista dentro de la oferta comercial de **MAPFRE** la opción de suma asegurada y deducible necesario de acuerdo al índice de inflación antes mencionado. El período a considerar para el cálculo de la inflación para el ajuste de la Suma Asegurada de la cobertura básica será a partir de que el asegurado cumpla con las características para tener derecho al plan vitalicio ó de la última actualización de suma asegurada obtenida con el plan vitalicio.

En ningún caso la suma asegurada podrá ser superior a la suma asegurada máxima establecida en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11.1.3 Primas

La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su ocupación, estado de contratación, suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, edad y sexo.

En cada renovación o inclusión(es) de asegurado(s), la prima se determinará de acuerdo a su ocupación, estado de contratación, suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, sexo y edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha.

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.

11.1.4 Alta de Asegurados

Los hijos de asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando el nacimiento se notifique a **MAPFRE** durante los 60 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, que la madre tenga al menos 10 meses continuos de cobertura en la póliza al momento del nacimiento y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de Primas.

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, y al pago de la prima de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de Primas.

Los hijos (as) de las hijas aseguradas que cumplan con los requisitos anteriores quedarán cubiertos hasta el término de la vigencia de la póliza, por lo que a la renovación de la misma, madre e hijo (a), deberán contratar una póliza nueva en la que se reconocerá la antigüedad generada en la póliza anterior.

Si el asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.

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.

Una vez que **MAPFRE** acepte incluir al cónyuge o al hijo adoptivo, según sea el caso, deberá pagarse la prima correspondiente de acuerdo a la edad y sexo, de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de Primas.

11.1.5 Baja de Asegurados

Causará baja de esta póliza cualquier asegurado que:

- a) Fallezca.
- b) Siendo cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del Asegurado Titular.
- c) Siendo hijos asegurados contraigan matrimonio.

En cualquier caso, los asegurados que causaron baja, podrán contratar otra póliza a su nombre, hasta por la misma suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro y coberturas adicionales, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que la nueva póliza se solicite dentro de los 30 días siguientes a su baja respectiva. Si la póliza se solicita posteriormente a los 30 días de la fecha en que causaron baja, los asegurados perderán la antigüedad reconocida y deberán presentar los requisitos de aceptación vigentes.

La fecha de baja a considerar será cuando se realice alguno de los eventos antes mencionados.

También causarán baja de la póliza los Asegurados que solicite el Contratante, para lo cual se obliga a comunicarlo por escrito a **MAPFRE**, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir de la fecha en que se reciba dicha notificación.

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la póliza no operará el Período de Beneficio.

- a) En caso de que el Contratante solicite la baja de asegurados, dentro de los 30 primeros días naturales de vigencia de la póliza, **MAPFRE** devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

En caso de que el Contratante solicite la baja de asegurados, después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, **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. Dicho monto se entregará en un periodo máximo de 30 días hábiles a partir de la fecha de baja del asegurado.

En caso de siniestro abierto se realizara con la baja del o de los asegurados sin devolución de prima.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante.

11.1.6 Edad

El límite de edad de aceptación para nuevos Asegurados es hasta los 64 años pudiendo renovarse hasta los 69 años.

Por lo que respecta a los hijos, éstos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil, siempre y cuando se cumpla con lo señalado en la sección^{1ª}, numeral 1.13. Dependientes Económicos.

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.

“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 hubiere 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 .” (Artículo 172, Ley sobre el Contrato de Seguro).

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 Período del Seguro

Las partes convienen expresamente en que el período 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 Período de Beneficio

Si la póliza no presenta un período al descubierto, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada padecimiento, sin que se aplique un período 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 por causas atribuibles a **MAPFRE** se genera un período al descubierto, no será aplicable en perjuicio del asegurado.

Si la póliza se cancela por falta de pago, **MAPFRE** cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos y ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los treinta días siguientes al vencimiento del recibo pendiente de pago, conforme a lo establecido en los Artículos 35, 36 y 37 de la Ley sobre el Contrato del Seguro o hasta agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

“ARTÍCULO 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

ARTÍCULO 36.- En caso de duda, las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

ARTÍCULO 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.”

En caso de cancelación de la póliza a solicitud del contratante; por omisiones o inexactas declaraciones conforme a lo señalado en la cláusula 11 numeral 11.3.5 ó por agravación del riesgo conforme a lo señalado en la cláusula 11 numeral 11.1.10 ó en caso de baja de un Asegurado, **MAPFRE** quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de la póliza, o a la fecha de baja del Asegurado.

11.1.9 Terminación anticipada del contrato

Serán causa de terminación del presente contrato:

1. Omisiones o inexactas declaraciones. (Cláusula 11 numeral 11.3.5)
2. Agravación del Riesgo. (Cláusula 11 numeral 11.1.10)
3. Falta de pago de primas. (Cláusula 11 numeral 11.3.1)
4. A solicitud del contratante. El contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro bastando para ello la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de MAPFRE o por el medio tecnológico por el que se hubiere pactado al momento de su contratación.

4.1 En caso de que el Contratante solicite la cancelación de la póliza, dentro de los 30 primeros días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

4.2 En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, 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.

En caso de siniestro abierto se realizara con la cancelación de la poliza sin devolución de prima.

Dicha prima será devuelta cuando el Contratante solicite por escrito la cancelación de la póliza por el mismo medio en el que la contrató.

11.1.10 Agravación del Riesgo

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.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“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 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Las obligaciones de **MAPFRE** 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de 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 citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **MAPFRE** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

MAPFRE consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

11.1.11 Rehabilitación de Póliza

11.1.11.1 Rehabilitación sin pérdida de beneficios y antigüedad

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas como se prevé en la cláusula 11.3.1, éste puede ser rehabilitado sin pérdida de beneficios, siempre y cuando no hayan transcurrido más de 15 días naturales una vez concluido el periodo de gracia y que el CONTRATANTE lo solicite por escrito a **MAPFRE**, en cualquier momento de dicho lapso.

11.1.11.2 Rehabilitación con pérdida de beneficios y antigüedad

La póliza se podrá rehabilitar con pérdida de beneficios y antigüedad a partir de los 46 días naturales y hasta los 90 días naturales después de concluido el periodo de gracia, siempre y cuando el CONTRATANTE lo solicite por escrito a **MAPFRE** en cualquier momento de dicho lapso.

En ningún caso **MAPFRE** pagará las reclamaciones por padecimientos cuyos síntomas o signos se hayan iniciado antes de la rehabilitación de la póliza, ni los gastos erogados en dicho periodo por cualquier padecimiento.

Los periodos de espera indicados en la cláusula 5 "Gastos médicos cubiertos con periodo de espera", comenzaran a contar a partir del día y la hora en que surta efecto la rehabilitación.

La póliza se considerará rehabilitada con las características mencionadas en los numerales 11.1.11.1 y 11.1.11.2 a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago de la prima o fracción de ella.

11.1.12 Examen Médico

MAPFRE podrá solicitar al asegurado la realización de exámenes médicos, de laboratorio, gabinete, imagenología o cualquier información médica requerida para la valoración del riesgo.

Al asegurado que se hubiera sometido a los exámenes referidos en el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

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, solo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la República Mexicana.

11.3 Cláusulas Contractuales

11.3.1 Pago de Primas

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

A las doce horas del último día del período 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 correspondiente.

Para el pago fraccionado de la prima (semestral, trimestral y mensual, éste último con domiciliación bancaria) se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada a la fecha de celebración del contrato.

En caso de que el contratante y/o asegurado hubiera manifestado su consentimiento previo y por escrito, el importe de la prima podrá ser pagado mediante depósito bancario o cargo a tarjeta de crédito o cargo a cuenta de cheques. El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

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. Si las reclamaciones presentadas son procedentes, serán cubiertas vía reembolso.

En el Periodo de Gracia no operará el pago directo, salvo lo estipulado en sección 6 numeral 6.7 Pago Directo.

11.3.2 Requerimiento de documentación

MAPFRE podrá solicitar al asegurado o beneficiario la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, de conformidad con los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a la letra citan:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo”. (Artículo 69, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“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 70 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

11.3.3 Competencia

Si para los casos previstos en la cláusula 11, numeral 11.3.10, 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.

11.3.4 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.

“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 81, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen”.

“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 82, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

11.3.5 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante y asegurados están obligados a declarar por escrito a **MAPFRE**, de acuerdo con la solicitud y cuestionario respectivos, 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 de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a **MAPFRE** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

"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 8 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"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 9 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"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 10 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 80, 90 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro". (Artículo 47 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

11.3.6 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 en que se haga el pago.

11.3.7 Otros Seguros

Si al momento de la reclamación por algún padecimiento, las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o 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 de Muerte Accidental, el párrafo anterior quedará sin efecto.

11.3.8 Notificaciones

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

Salvo disposición en contrario, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.” (Artículo 66 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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.

11.3.9 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 las Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

“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 71, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

- IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

11.3.10 Arbitraje Médico

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**.

11.3.11 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 solo 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.

11.3.12 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 usó 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.

11.3.13 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.

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 México, 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

MAPFRE México, 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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de agosto de 2019 con el número PPAQ-S0041-0050-2019 / CONDUSEF-001459-06.

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

SAGM-581-E