

CONDICIONES
GENERALES

PROTECCIÓN
SEGURA

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES



CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN SEGURA

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Definiciones.....	3
2. Objeto del Seguro.....	6
3. Contrato de Seguro.....	6
4. Eventos y Gastos Cubiertos.....	7
4.1. Eventos Frecuentes.....	7
4.2. Eventos Catastróficos.....	17
4.3. Reembolso de Gastos Médicos.....	22
5. Exclusiones.....	27
6. Pago de Siniestros e Indemnizaciones.....	31
7. Cláusulas Generales.....	35

1. DEFINICIONES

- 1.1. MAPFRE.** En lo sucesivo se entenderá por **MAPFRE** a la Aseguradora **MAPFRE México, S.A.**
- 1.2. 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.
- 1.3. 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.
- 1.4. ASEGURADO.** Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado, pudiendo ser Asegurado titular o dependiente económico.
- 1.5. DEPENDIENTES ECONÓMICOS.** Cónyuge, concubina o concubinario del titular e hijos solteros incluidos en la póliza.
- 1.6. 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.

- 1.7. 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 coseguro:

Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que NO hayan recibido atención médica dentro de los primeros 30 días de ocurridas.

- 1.8. 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.

- 1.9. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.** Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o 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;
- Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- 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 de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

- 1.10. 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.

- 1.11. **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.
- 1.12. **SINTOMAS.** Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.
- 1.13. **EVENTO.** Se considera como un solo evento a todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.
- 1.14. **PADECIMIENTO.** Se entenderá por padecimiento, a toda enfermedad que pueda ser atendida sin requerir tratamiento quirúrgico.
- 1.15. **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.** Se entenderá por procedimiento quirúrgico, a toda intervención quirúrgica para el tratamiento de una enfermedad o accidente.
- 1.16. **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.
- 1.17. **REEMBOLSO.** Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente 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.
- 1.18. **SUMA ASEGURADA.** Se define como el límite máximo de responsabilidad de **MAPPFRE**, para cada Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.
- 1.19. **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.
- 1.20. **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.
- 1.21. **HOSPITAL.** Institución de salud legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
- 1.22. **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.
- 1.23. **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 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 acupunturista, el cual utiliza a la acupuntura como recurso complementario en tratamiento de las enfermedades.

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, el cual utiliza a la homeopatía como recurso complementario en tratamiento de las enfermedades.

QUIROPRACTICO. 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.

- 1.24. 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.
- 1.25. MEDITEL.** 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.
- 1.26. TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.** 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. Este tabulador se aplicará siempre y cuando el padecimiento y/o accidente sea un gasto cubierto.
- 1.27. TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR.** Tratamiento para corregir fracturas, mediante los cuales se realizan maniobras externas para acomodar los desplazamientos óseos, y, luego se aplican aparatos externos inmovilizadores como: moldes de yeso, férulas y vendajes.
- 1.28. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.** Son todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad en el organismo.
- 1.29. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** Son todas aquellas pruebas clínicas, de laboratorio, gabinete o de imagen que sea preciso efectuar con la finalidad de descartar otras enfermedades de característica o manifestaciones similares.
- 1.30. ESTABILIZACIÓN MÉDICA.** Salir de la situación crítica del estado agudo del accidente o enfermedad manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros aceptables.
- 1.31. APARATOS ORTOPÉDICOS.** Artefactos auxiliares mecánicos, o equipos que facilitan el movimiento de las personas que sufren de un padecimiento cubierto o se encuentran en período de recuperación de la salud tales como: muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros.
- 1.32. PRÓTESIS.** Es un aparato, sistema o mecanismo que permite reemplazar o sustituir la función de un órgano o extremidad.
- 1.33. SIDA.** Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).
- 1.34. 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.
- 1.35. 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 los eventos cubiertos con Período de Espera. Este período opera para cada Asegurado.
- 1.36. 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.
- 1.37. PERÍODO AL DESCUBIERTO.** Tiempo durante el cual la póliza no está vigente. Empieza al terminar el Período de Gracia y termina al momento de recibir el pago de las primas vencidas. No se pagarán las reclamaciones por enfermedades o accidentes cuyos síntomas o signos se hayan iniciado durante este período, ni los gastos erogados en dicho período por ese u otro padecimiento. Al momento de originarse un período al descubierto de 30 o más días, el o los Asegurados que estén incluidos en la póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando Asegurados en la presente póliza, cesando los efectos del Contrato de Seguro.

- 1.38. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.** Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida por la presente póliza.
- La antigüedad reconocida para cada Asegurado se indicará en la póliza.
- 1.39. ENDOSO.** Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y que forman parte de éste.
- 1.40. RECIÉN NACIDO.** Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 30 días de haber nacido.
- 1.41. 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.
- 1.42. VITAL.** Se refiere a algo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para que una persona siga viva.
- 1.43. ZONA DE CONTRATACIÓN.** Es la zona utilizada por **MAPFRE** para el cálculo de la prima.
- 1.44. UNIDADES DE INVERSIÓN:** Unidades de cuenta utilizadas para neutralizar el impacto de la inflación en operaciones financieras y comerciales. Su valor es publicado en el Diario Oficial de la Federación por el Banco de México.
- 1.45. 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.

2. OBJETO DEL SEGURO

Si durante la vigencia de esta póliza, una vez transcurrido el período de espera señalado para cada padecimiento y procedimiento quirúrgico y si como consecuencia directa de un accidente o enfermedad 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** cubrirá las obligaciones establecidas dentro de los términos y condiciones de los eventos cubiertos ó del reembolso de gastos médicos hasta el monto que esté especificado, ajustándolo previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato.

3. CONTRATO DE SEGURO

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y **MAPFRE**, así como los derechos y obligaciones de las partes.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- 3.1.** Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del Seguro.
- 3.2.** La Póliza.
- 3.3.** Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- 3.4.** Las Condiciones Generales.
- 3.5.** Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

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

4. EVENTOS Y GASTOS CUBIERTOS

4.1. EVENTOS FRECUENTES

Si una vez transcurrido el período de espera señalado para cada padecimiento y procedimiento quirúrgico, y durante la vigencia de la póliza, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico en un hospital público o privado dentro del Territorio Nacional, **MAPFRE** pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada padecimiento o procedimiento quirúrgico cubierto, siempre que la estancia en dicho hospital se justifique mediante un diagnóstico médico definitivo y sea de al menos 48 horas para el tratamiento médico correspondiente. En el caso de los procedimientos quirúrgicos, no existirá tiempo mínimo de estancia hospitalaria.

Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en cada uno de los padecimientos y procedimientos quirúrgicos cubiertos.

Si el evento es procedente, el pago de la Suma Asegurada se realizará de acuerdo a lo indicado en la sección 6ª numeral 6.1.2.

4.1.1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

4.1.1.1. ADENOIDECTOMÍA / AMIGDALECTOMÍA

Cobertura: Extirpación quirúrgica de las adenoides y/o amígdalas a consecuencia de un proceso inflamatorio de carácter infeccioso.

Período de espera: nueve meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Radiografía lateral de cuello con interpretación médica (sólo aplica para adenoidectomía).
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

Si en la misma intervención quirúrgica se realizan ambos procedimientos (amigdalectomía y adenoidectomía), se considerará como un solo evento, por lo que en caso de ser procedente, MAPFRE pagará sólo una vez la Suma Asegurada estipulada para este procedimiento.

4.1.1.2. APENDICECTOMÍA

Cobertura: Cirugía abierta o laparoscópica que se realiza para extirpar el apéndice como tratamiento de una patología.

Período de espera: 30 días naturales.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio histopatológico.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

4.1.1.3. CIRUGÍAS PARA CORREGIR HERNIAS DE DISCO

Cobertura: Procedimiento quirúrgico para corregir una hernia de disco. Una Hernia de disco se presenta cuando los discos de la columna vertebral sobresalen de su posición normal. Es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral (núcleo pulposo) se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión.

Período de espera: 12 meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Discografía, electromiografía, tomografía axial computarizada de la columna vertebral, resonancia magnética nuclear de la columna vertebral.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

En caso de que en la misma cirugía se corrijan dos o más hernias discales, se considerará como un solo evento.

En renovaciones posteriores, podrán cubrirse cirugías para corregir hernias de disco a un Asegurado que haya sido intervenido por el mismo padecimiento en vigencias anteriores, siempre y cuando la hernia se presente en una región diferente de la columna vertebral al de la(s) cirugía(s) anterior(es).

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara la aplicación de ultrasonido, onda corta, microondas, corticosteroides de depósito por vía intramuscular, masoterapia e inyecciones de ozono.

4.1.1.4. COLECISTECTOMÍA

Cobertura: Cirugía abierta o laparoscópica que se realiza para extirpar la vesícula biliar como tratamiento de una patología.

Período de espera: tres meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio histopatológico.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

4.1.1.5. FRACTURA DE HUESOS (EXCEPTO PIE, MANOS Y NARIZ)

Cobertura: Tratamiento quirúrgico o médico conservador para corregir fractura de huesos por accidente. Se entiende por fractura de huesos, la discontinuidad del tejido óseo, misma que debe ser diagnosticada por un médico con cédula profesional y justificada con estudios radiológicos.

Período de espera: No hay período de espera.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudios radiológicos a nombre del Asegurado.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica (sólo en caso de que se realice una intervención quirúrgica).
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara las fracturas patológicas, mismas que se presentan en personas con alguna enfermedad subyacente sin que se produzca un traumatismo. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento a no ampara las fracturas por accidente de huesos del pie, manos (incluyendo muñeca), nariz y/o senos paranasales.

4.1.1.6. HEMORROIDECTOMÍA

Cobertura: Cirugía empleada para extirpar hemorroides.

Período de espera: nueve meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

4.1.1.7. HERNIOPLASTÍA (EXCEPTO DE DISCO)

Cobertura: Es el procedimiento quirúrgico realizado para tratar hernias. Una hernia se forma cuando la pared muscular se debilita, se hincha o se desgarrar.

Período de espera: 12 meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Reporte de estudios de laboratorio, e imagenología que justifiquen el diagnóstico.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

En renovaciones posteriores, podrán cubrirse hernioplastias a un Asegurado que haya sido intervenido por el mismo padecimiento en vigencias anteriores, siempre y cuando la hernia se presente en una región diferente al de la(s) cirugía(s) anterior(es).

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara las cirugías para corregir hernias de disco.

4.1.1.8. HISTERECTOMÍA

Cobertura: Es el procedimiento quirúrgico realizado extirpar la matriz o útero a consecuencia de una patología.

Período de espera: seis meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Reporte de estudios de laboratorio, estudio histopatológico e imagenología que justifiquen el diagnóstico.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.

- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara la cirugía para tratamiento de cáncer con metástasis de la matriz ni del cuello uterino.

4.1.1.9. LITOTRIPSIA

Cobertura: Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga, los uréteres o la vesícula biliar.

Período de espera: seis meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Ultrasonido renal o reporte de urografía excretora.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica (sólo en caso de que se realice una intervención quirúrgica).
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

4.1.1.10. PARTO Y/O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO

Cobertura: La indemnización respecto a alguna de las siguientes coberturas excluye la de los demás cuando derive de un mismo evento, independientemente de que éste implique parto, complicaciones del embarazo o, parto o, puerperio.

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

Para los efectos de la póliza, se entenderá por:

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 feto como para la madre.

Cesárea: Intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé, en la cual, el bebé se extrae a través de una incisión en el abdomen de la madre.

Complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Condiciones o procesos patológicos asociados con el embarazo. Pueden ocurrir durante o después del embarazo, y van desde molestias menores a enfermedades graves que requieren intervención médica.

Los eventos complicaciones del embarazo parto o puerperio cubiertas por la presente póliza son las siguientes:

Embarazo extrauterino: Afección por la que un óvulo fertilizado crece fuera del útero, habitualmente en una de las trompas de falopio. Los síntomas incluyen dolor agudo en un lado del abdomen y hemorragia vaginal. También se llama embarazo ectópico.

Parto prematuro. El parto prematuro o de pretérmino es aquel que se produce entre las semanas 20 y 37 de edad gestacional como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

Preeclampsia. Complicación del embarazo, en la cual se presentan hipertensión arterial y niveles elevados de proteína en la orina de la madre.

Toxemia gravídica (eclampsia). Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada que no tienen relación con una afección cerebral.

Atonía uterina. Es la ausencia de contracción del útero tras el parto que provoca hemorragia al no cerrarse los vasos sanguíneos del útero (vasos uterinos).

Infección puerperal. Es una inflamación séptica, localizada o generalizada, que se produce en los primeros 15 días del puerperio como consecuencia de las modificaciones y heridas que el embarazo y parto causan sobre el aparato genital de la madre.

Placenta accreta. Complicación del embarazo que consiste en cualquier implantación placentaria en la cual haya adherencia anormalmente firme a la pared uterina.

Polihidramnios. Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico alrededor del feto antes de que este nazca.

Oligohidramnios. Alteración que se caracteriza por la disminución en la cantidad de líquido amniótico.

Mola hidatiforme (embarazo molar). Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas (células del útero que ayudan a que el embrión se adhiera al útero y ayudan a formar la placenta) después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo.

Placenta previa. La placenta previa ocurre cuando la placenta se implanta cerca del cuello uterino (cérvix) o sobre él. El cervix es la parte inferior del útero que se abre dentro de la vagina. Con esta afección, la placenta puede cubrir una parte o la totalidad del cuello uterino.

Aborto involuntario. Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente antes de la semana 20 del embarazo.

Embarazo Anembriónico. Es un óvulo que es fertilizado y que después de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior.

Óbito fetal. El óbito fetal se define como la muerte del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre a partir de las 20 semanas de gestación y hasta el momento del parto.

Período de espera: 24 meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Ultrasonido obstétrico, análisis de sangre y orina, estudio histopatológico.

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica (sólo en caso de que se realice una intervención quirúrgica).
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara las complicaciones del embarazo no mencionadas anteriormente.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara las complicaciones del embarazo a consecuencia de un tratamiento de esterilidad y/o infertilidad, drogadicción, alcoholismo, por alguna enfermedad no cubierta por esta póliza o por alguna enfermedad cubierta para la cual la madre no haya cumplido aún el período de espera correspondiente a dicha enfermedad.

4.1.1.11. PROSTATECTOMÍA

Cobertura: Cirugía para extirpar toda o parte de la glándula prostática con el fin de tratar una patología.

Período de espera: seis meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio Histopatológico y reporte de ultrasonido de próstata.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara la cirugía para tratamiento de cáncer de próstata con metástasis.

4.1.2. PADECIMIENTOS

4.1.2.1. NEUMONÍA

Definición: Infección de los pulmones que afecta a las vías respiratorias inferiores.

Cobertura: Diagnóstico del padecimiento.

Período de espera: 30 días naturales.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Radiografía de pecho, tomografía computarizada del pecho.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

4.1.2.2. ÚLCERA GÁSTRICA Y/O DUODENAL

Definición: Las úlceras son áreas denudadas de mucosa y submucosa (llagas) que se observan en el estómago (úlceras gástricas) o en la primera porción del intestino delgado (úlcera duodenal).

Cobertura: Diagnóstico del padecimiento.

Período de espera: seis meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Biopsia, Endoscopia, radiografía gastrointestinal superior.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

4.1.2.3. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Definición: Trastorno del músculo cardíaco que consiste en la muerte celular de las miofibrillas, producida como consecuencia de una disminución del riesgo sanguíneo, generalmente por una obstrucción de las arterias encargadas del transporte de sangre al corazón (arterias coronarias).

Cobertura: Diagnóstico del padecimiento.

Período de espera: seis meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Angiografía de las coronarias, electrocardiograma, análisis de sangre con reporte de enzimas cardíacas.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

4.1.2.4. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Definición: Es la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales que produce secuelas neurológicas con duración superior a 24 horas, que provoca lesiones irreversibles y de carácter permanente y que incluye infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y embolismo.

Cobertura: Diagnóstico del padecimiento.

Período de espera: seis meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Tomografía craneal computada, resonancia magnética, ultrasonido doppler de las arterias carótidas en el cuello, ultrasonido doppler tras craneal.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.2.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho período.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este padecimiento no ampara los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo, hipoxia, enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, ni las crisis de isquemia transitoria.

4.2. EVENTOS CATASTRÓFICOS

Si una vez transcurrido el período de espera señalado para cada padecimiento y procedimiento quirúrgico, y durante la vigencia de la póliza, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico en un hospital público o privado dentro del Territorio Nacional, **MAPFRE** pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada padecimiento o procedimiento quirúrgico cubierto, siempre que la estancia en dicho hospital se justifique mediante un diagnóstico médico definitivo y sea de al menos 48 horas para el tratamiento médico correspondiente. En el caso de los procedimientos quirúrgicos, no existirá tiempo mínimo de estancia hospitalaria.

Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en cada uno de los padecimientos y procedimientos quirúrgicos cubiertos.

Si el evento es procedente, el pago de la Suma Asegurada se realizará de acuerdo a lo indicado en la sección 6ª numeral 6.1.3. “TRAMITE PARA RECLAMACIÓN DE EVENTOS CATASTRÓFICOS”

4.2.1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

4.2.1.1. CIRUGÍA A CORAZÓN ABIERTO

Cobertura: Cirugía en la cual se abre el tórax y se realiza una intervención quirúrgica en el miocardio, las válvulas, las arterias u otras estructuras del corazón para corregir o tratar disfunciones cardiacas.

Período de espera: nueve meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Electrocardiograma, ecocardiograma, caterización del corazón.

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.3.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada por el procedimiento es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara la cirugía de trasplante de corazón.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara cirugías para tratamiento de cáncer de corazón con metástasis.

4.2.1.2. POLITRAUMATISMOS

Cobertura: 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.

Período de espera: No hay período de espera.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Estudios radiológicos, tomografía computarizada craneal, torácica, abdominal, ecografía abdominal, radiografías de miembros, ecografía doppler.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.3.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.
- Constancia de los días de estancia del Asegurado en una unidad de cuidados intensivos.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara accidentes que no requieran hospitalización del Asegurado por diez (10) o más días naturales.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara accidentes que no requieran la estancia del Asegurado en una unidad de cuidados intensivos.

4.2.1.3. QUEMADURAS GRAVES

Cobertura: Las quemaduras de tercer grado que abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la carta de superficie corporal de LUND Y BROWDER, diagnosticada por un médico especialista titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión.

Período de espera: No hay período de espera.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Reporte de estudios de laboratorio, estudio histopatológico e imagenología que justifiquen el diagnóstico.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.3.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara el tratamiento de quemaduras de primer y segundo grado, así como las de tercer grado que no abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la carta de superficie corporal de LUND Y BROWDER.

4.2.1.4. TRASPLANTES (Riñón, corazón, pulmón, hígado, páncreas y médula ósea)

Cobertura: Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano enfermo o lesionado y reemplazarlo por uno sano. La cobertura ampara el reemplazo de alguno de los siguientes órganos: riñón, corazón, pulmón, hígado, páncreas y médula ósea.

Período de espera: nueve meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:

- Reporte de estudios de laboratorio, imagenología e histopatológico que justifiquen el diagnóstico del trasplante del órgano.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.3.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación, aún cuando se requiera el trasplante de un órgano diferente al trasplantado anteriormente.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este procedimiento no ampara: el trasplante de Islotes de Langerhans, el trasplante autólogo, trasplante de riñón por insuficiencia renal, trasplante de órganos para tratamiento o corrección de cáncer y trasplantes que sean procedimientos de investigación.

4.2.2. PADECIMIENTOS

4.2.2.1. CÁNCER CON METÁSTASIS (Excepto de piel)

Definición: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por el crecimiento descontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales, incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorio.

Cobertura: Diagnóstico del padecimiento.

Período de espera: nueve meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- Reporte de estudios de laboratorio, imagenología e histopatológico que justifiquen el diagnóstico.

- Informe médico emitido por un Médico Oncólogo titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato "Informe Médico" mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.3.2, "PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este padecimiento no ampara:

Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados por histología como premalignos;

Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3;

Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;

Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;

Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;

Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor).

4.2.2.2. INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

Definición: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

Cobertura: Diagnóstico del padecimiento.

Período de espera: nueve meses.

Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Reporte de prueba de función renal y de electrolitos.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado. El informe debe contener todos los datos solicitados en el formato “Informe Médico” mencionado en la sección 6ª numeral 6.1.3.2, “PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura de este padecimiento no ampara la cirugía de trasplante de riñón.

4.3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad que ocurra o sea diagnosticada durante la vigencia de la póliza y que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por el Contrato de Seguro, (exclusivamente dentro del Territorio Nacional), el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados en la sección 4ª numeral 4.3.1, “GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS”, **MAPFRE** reembolsará al Asegurado el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada contratada para esta cobertura e indicada en la carátula de la póliza, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

Para esta cobertura sólo aplica la forma de pago por Reembolso de acuerdo a lo indicado en la sección 6ª numeral 6.1.4. “TRAMITE PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS”.

4.3.1. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad 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** reembolsará los gastos por los siguientes conceptos hasta la Suma Asegurada contratada, ajustándola previamente al deducible y coaseguro contratados, así como las limitaciones consignadas en la póliza.

4.3.1.1. GASTOS HOSPITALARIOS

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

4.3.1.1.2. CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR. Costo de un cuarto privado estándar, paquete de admisión y alimentos para el paciente en territorio nacional.

- 4.3.1.1.3. ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y/O UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS.** Gastos originados por estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.
- 4.3.1.1.4. SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN Y CURACIONES.** Gastos originados por sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- 4.3.1.1.5. TRANSFUSIONES DE SANGRE.** Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto.
- 4.3.1.2. HONORARIOS MÉDICOS**
- 4.3.1.2.1. HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTA.** Honorarios médicos por consulta de alguna enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, así como las consultas del médico tratante previas a la intervención quirúrgica y posteriores a los 15 días naturales 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 médico-quirúrgicos.
- 4.3.1.2.2. HONORARIOS QUIRÚRGICOS.** Los honorarios quirúrgicos estarán sujetos al tabulador de honorarios médico-quirúrgicos hasta la cantidad señalada para los procedimientos detallados en el mismo, la cual incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes así como las consultas que se originan por el procedimiento quirúrgico hasta 15 días naturales posteriores al alta hospitalaria. Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médico-quirúrgicos vigente se valorarán por similitud.
- 4.3.1.3. MEDICAMENTOS**
- 4.3.1.3.1. MEDICAMENTOS.** 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.
- 4.3.1.3.2. OXÍGENO.** Consumo de oxígeno siempre que esté prescrito por el médico tratante y que tenga relación con el padecimiento reclamado.
- 4.3.1.4. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**
- 4.3.1.4.1. ANÁLISIS DE LABORATORIO.** Análisis de laboratorio, gabinete, imagenología, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, cualquier otro, que sea indispensable para el diagnóstico o tratamiento del accidente o enfermedad cubierta por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.
- 4.3.1.4.2. TRATAMIENTO CON TERAPIA RADIOACTIVA, INHALOTERAPIA, FISIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.** Cuando sean prescritos por el médico tratante y sean indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto por la póliza.
- 4.3.1.5. OTROS SERVICIOS MÉDICOS**
- 4.3.1.5.1. AMBULANCIA TERRESTRE.** Gastos de ambulancia terrestre cuando el Asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado, siempre y cuando sea consecuencia de una emergencia médica y dentro de los límites de la República Mexicana.

Para el beneficio de ambulancia terrestre aplicará un coaseguro de 20% del monto de los gastos erogados por los servicios derivados del mismo.

- 4.3.1.5.2. APARATOS ORTOPÉDICOS.** Renta o adquisición de aparatos ortopédicos prescritos por el médico tratante, indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto, siempre y cuando no existan o se requieran a la fecha de contratación de la póliza.

4.3.1.5.3. HONORARIOS DE ENFERMERA. Si el médico tratante determina que es indispensable, se cubrirán los honorarios de un (a) enfermero(a) titulado(a) y legalmente autorizado(a) para el ejercicio de su profesión, de acuerdo al tabulador, pudiendo amparar las 24 horas al día en diversos turnos (máximo 3) y hasta un máximo de 30 días naturales por evento. El servicio prestado de enfermera siempre deberá ser intra-domiciliario.

4.3.1.5.4. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES Y MAXILARES. Los gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, que resulten indispensables a consecuencia directa de un accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. Los gastos serán cubiertos siempre y cuando se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías del área afectada posteriores al accidente.

4.3.1.5.5. TRATAMIENTOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad no excluidos en esta póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la misma para cada Asegurado.

4.3.1.5.6. PRÓTESIS. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis serán cubiertos por **MAPFRE**, siempre y cuando no existan o se requieran a la fecha de contratación de la póliza.

a) La reposición de prótesis estará cubierta siempre que se cumplan los siguientes puntos:

- **MAPFRE** hubiere pagado la primera prótesis, a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado.
- 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, sólo estará cubierta para Asegurados menores de 18 años, siempre que se cumplan los siguientes puntos:

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

En caso de enfermedad se aplicará un incremento de 20 puntos porcentuales en el coaseguro contratado e indicado en la carátula de la póliza, para los incisos a) y b).

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

4.3.1.6. EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS

4.3.1.6.1. DOS O MÁS CIRUGÍAS EN LA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA. Cuando se practiquen dos cirugías en la misma sesión quirúrgica, 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.

4.3.1.6.2. HOMEOPATÍA. Se cubrirán los honorarios de médicos homeópatas que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- **El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, acupuntura o tratamientos quirúrgicos.**
- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador, de acuerdo a la zona contratada.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada cuatro meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.
- **Ningún tratamiento con medicina homeopática podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

4.3.1.6.3. RECIÉN NACIDO. 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: la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza al momento del parto o cesárea, se reporte a **MAPFRE** el nacimiento durante los 60 días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia, los hijos recién nacidos cumplan con la definición de dependientes económicos indicada en la sección 1ª, numeral 1.5. y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo Asegurado.

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.

4.3.1.6.4. RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. Gastos por las complicaciones de los recién nacidos prematuros durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza al momento del parto o cesárea.

Se excluyen los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

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

- Los tratamientos cubiertos estarán enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
- El costo máximo por consulta o sesión será el que se marca en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos para la fisioterapia o rehabilitación de acuerdo a la zona contratada. En caso de requerirse, **MAPFRE** pagará hasta lo que marca el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos 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 cuatro 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.

4.3.2. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

En los siguientes padecimientos, deberá transcurrir el período de espera mencionado, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente y de los padecimientos y procedimientos quirúrgicos estipulados en los numerales 4.1 EVENTOS FRECUENTES y 4.2 EVENTOS CATASTRÓFICOS, en los cuales aplicarán los períodos de espera indicados en los numerales correspondientes:

4.3.2.1. PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS

Se cubrirán los gastos por el tratamiento médico o quirúrgico de las enfermedades que se presenten 30 días naturales 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 ni cuando los gastos erogados sean consecuencia de una enfermedad considerada como una Emergencia Médica cubierta.

4.3.2.2. PERÍODO DE ESPERA DE 24 MESES

Se cubrirán los gastos por el tratamiento médico o quirúrgico de los siguientes padecimientos cuando el Asegurado cumpla con 24 meses de vigencia continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no se trate de una Enfermedad Preexistente.

4.3.2.2.1. Circuncisión, siempre y cuando no sea con fines profilácticos.

4.3.2.2.2. Hallux valgus.

4.3.2.2.3. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.

4.3.2.2.4. Padecimientos prostáticos y artritis reumatoide.

4.3.2.2.5. Padecimientos anorectales.

4.3.2.2.6. 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.

4.3.2.2.7. Padecimientos de la columna vertebral.

4.3.2.2.8. Hernias y eventraciones de cualquier tipo ya sea por Enfermedad o Accidente.

4.3.2.2.9. Padecimientos ginecológicos.

4.3.2.2.10. Padecimientos de glándulas mamarias.

4.3.2.2.11. Padecimientos de la rodilla.

4.3.2.2.12. Padecimientos de la vesícula y vías biliares.

4.3.2.2.13. Litiasis renal y en vías urinarias.

4.3.2.2.14. Insuficiencia del piso perineal.

4.3.2.2.15. Insuficiencia venosa, varicocele y várices.

4.3.2.2.16. Enfermedad ácido péptica.

4.3.2.2.17. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones.

4.3.2.3. PERÍODO DE ESPERA DE 12 MESES

Se cubrirán los gastos por el tratamiento médico o quirúrgico de los siguientes padecimientos cuando el Asegurado cumpla con 12 meses de vigencia continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no se trate de una Enfermedad Preexistente.

4.3.2.3.1. Hipertensión Arterial.

4.3.2.3.2. Diabetes Mellitus.

4.3.2.4. EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

En adición a lo estipulado en la sección 5a, Exclusiones, la cobertura “REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS”, no cubre los gastos originados

por el tratamiento de los eventos indicados en los numerales 4.1. EVENTOS FRECUENTES y 4.2. EVENTOS CATASTRÓFICOS que sea requerido con fecha posterior a la de la elaboración del diagnóstico definitivo ó la fecha de realización del procedimiento quirúrgico de dichos eventos. Tampoco cubre gastos complementarios o por complicaciones de los eventos antes mencionados.

5. EXCLUSIONES

Esta póliza NO CUBRE los gastos originados por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

- 5.1. Padecimientos preexistentes así como sus complicaciones.
- 5.2. Malformaciones o padecimientos congénitos.
- 5.3. Cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, tratamientos, afecciones o intervenciones quirúrgicas no cubiertas o excluidas por la póliza.
- 5.4. Cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico; estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, trastornos de enajenación mental, demencia, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.
- 5.5. Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes o enfermedades 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 éstas, una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos.
- 5.6. Padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.

- 5.7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.
- 5.8. Lesiones autoinfligidas, intento de suicidio, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- 5.9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico 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.
- 5.10. Tratamientos médicos para corregir calvicie, aumento ó reducción de peso, acné, nevos, anorexia y bulimia.
- 5.11. Tratamientos médicos o quirúrgicos de infertilidad, esterilidad, control natal, reproducción asistida, disfunción eréctil, impotencia sexual, así como sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- 5.12. Cirugías de nariz y/o senos paranasales, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- 5.13. Los gastos por honorarios médicos y/u honorarios quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
- 5.14. Tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH, así como sus complicaciones y los gastos de los estudios para su detección.
- 5.15. 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, así como todos aquellos productos que funcionan como complemento alimenticio (vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas, etc.); aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa; así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo.

- 5.16. Medicamentos cuya prescripción no esté justificada con una receta médica.
- 5.17. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, acupunturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación. Así como medicamentos de acción y terapia celular.
- 5.18. Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana.
- 5.19. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.
- 5.20. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilares, salvo lo estipulado en la sección 4ª, numeral 4.3.1.5.4. "TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES Y MAXILARES".
- 5.21. Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de: miopía, hipermetropía, presbicia o presbiopía, estrabismo, queratocono y astigmatismo, independientemente de sus causas u orígenes.
- 5.22. Anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.
- 5.23. Prótesis auditivas y/o implantes auditivos y cocleares.
- 5.24. Reposición de aparatos ortopédicos que el Asegurado ya utilizaba a la fecha de contratación de la póliza.
- 5.25. Reposición de prótesis que el Asegurado ya utilizaba a la fecha de contratación de la póliza, salvo lo mencionado en la sección 4ª, numeral 4.3.1.5.6. "PRÓTESIS".
- 5.26. La compra de platillas, zapatos y alerones ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios.
- 5.27. Cirugía para cambio de sexo y sus complicaciones.
- 5.28. 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, entre otros.

- 5.29. **Cualquier gasto realizado por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización y traslados de éste, salvo la cama extra.**
- 5.30. **Gastos de atención de recién nacidos, como son: incubadora, cunero, pediatra, entre otros.**
- 5.31. **Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).**
- 5.32. **Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos como sujeto activo del delito.**
- 5.33. **Salvo pacto en contrario, las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.**
- 5.34. **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.**
- 5.35. **Lesiones derivadas de una agravación del riesgo, con relación a lo declarado en la solicitud del presente contrato de seguro y que se consideró para la evaluación del riesgo por parte de MAPFRE.**
- 5.36. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante en cualquier vehículo durante competencias, carreras,**

pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.

- 5.37. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.
- 5.38. Cualquier evento que no esté expresamente citado en la sección 4ª “EVENTOS CUBIERTOS”.
- 5.39. No se cubre la responsabilidad civil de cualquier carácter jurídico derivada del servicio recibido.
- 5.40. Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza.

6. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

6.1.1. PAGO DE RECLAMACIONES

En todas las reclamaciones, el Asegurado deberá proporcionar a **MAPFRE** los formatos requisitados en su totalidad, los resultados de los estudios realizados para comprobar el diagnóstico con datos confiables de identificación y acreditación, así como cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan en estas Condiciones Generales que **MAPFRE** considere necesaria para la valoración de cada caso.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que **MAPFRE** no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

MAPFRE se reserva el derecho de solicitar que las reclamaciones por accidentes, sean acompañadas de copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público, cuando éste haya tenido conocimiento.

MAPFRE tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a **MAPFRE** de cualquier obligación.

Cuando **MAPFRE** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya recibido un diagnóstico con fecha anterior a la de inicio de vigencia de la póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

6.1.2. TRAMITE PARA RECLAMACIÓN DE EVENTOS FRECUENTES

Las indemnizaciones por los eventos citados en la sección 4ª, numeral 4.1. “EVENTOS FRECUENTES”, que resulten cubiertos en los términos del presente contrato, serán pagadas al Asegurado en las oficinas de **MAPFRE**, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se reciban todos los documentos que **MAPFRE** haya solicitado para tramitar la indemnización.

Las indemnizaciones de los eventos procedentes, se pagarán en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza.

Procedimiento para el trámite de la reclamación:

Presentar la siguiente documentación debidamente requisitada y firmada:

- 6.1.2.1. Formato “Reporte de Accidente o Enfermedad de Gastos Médicos Mayores”
- 6.1.2.2. Formato “Informe Médico”
- 6.1.2.3. “Formato de Reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades”

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en las oficinas del interior de la República de **MAPFRE** y en la página de Internet www.mapfre.com.mx

- 6.1.2.4. Estudios originales de laboratorio y/o gabinete con interpretación, y demás estudios o documentos con los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
- 6.1.2.5. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- 6.1.2.6. Identificación oficial del beneficiario del pago.
- 6.1.2.7. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad (solo en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación o cuando esta no cuente con domicilio).
- 6.1.2.8. Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- 6.1.2.9. Notas de evolución.
- 6.1.2.10. En caso de intervención quirúrgica, se requiere la nota quirúrgica correspondiente.
- 6.2.1.11. En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.
- 6.1.2.12. **MAPFRE** se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

En el supuesto de que iniciado el trámite de reclamación de pago, el Asegurado fallezca antes de recibir la indemnización, el monto correspondiente a la reclamación presentada que resulte procedente, será cubierto a los beneficiarios designados del Asegurado fallecido, ó a falta de estos, a la sucesión del asegurado.

6.1.3. TRAMITE PARA RECLAMACIÓN DE EVENTOS CATASTRÓFICOS

Las indemnizaciones por los eventos citados en la sección 4ª, numeral 4.2. “EVENTOS CATASTRÓFICOS”, que resulten cubiertos en los términos del presente contrato, serán pagadas al Asegurado en las oficinas de **MAPFRE**, de la siguiente manera:

- Se realizará al Asegurado un pago inicial por el 55% (cincuenta y cinco por ciento) de la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se reciban todos los documentos que **MAPFRE** haya solicitado para tramitar la indemnización.
- El resto de la Suma Asegurada se indemnizará en tres pagos trimestrales por el 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada, el primero de los cuales, se realizará al cabo de tres meses, el segundo al cabo de seis meses y el tercero y último al cabo de 9 meses, contados a partir de la fecha en que se realizó el pago inicial mencionado en el inciso anterior. El pago

de los tres pagos trimestrales se realizarán hasta agotar la Suma Asegurada contratada, o hasta que el Asegurado recupere la salud respecto al padecimiento reclamado, o hasta que la póliza sea cancelada por cualquier causa, o hasta alcanzar el período de beneficio indicado en la sección 7ª, numeral 7.1.10. “Período de Beneficio”, o hasta la muerte del Asegurado, lo que ocurra primero.

La Suma Asegurada y cada uno de los pagos, no se actualizarán ni generarán intereses a favor del Asegurado.

Procedimiento para el trámite de la reclamación inicial:

Presentar la siguiente documentación debidamente requisitada y firmada:

- 6.1.3.1. Formato “Reporte de Accidente o Enfermedad de Gastos Médicos Mayores”
- 6.1.3.2. Formato “Informe Médico”
- 6.1.3.3. “Formato de Reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades”

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en las oficinas del interior de la República de **MAPFRE** y en la página de Internet www.mapfre.com.mx

- 6.1.3.4. Estudios originales de laboratorio y/o gabinete con interpretación, y demás estudios o documentos con los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
- 6.1.3.5. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- 6.1.3.6. Identificación oficial del beneficiario del pago.
- 6.1.2.7. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad (solo en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación o cuando esta no cuente con domicilio).
- 6.1.3.8. Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- 6.1.3.9. Notas de evolución.
- 6.1.3.10. En caso de intervención quirúrgica, se requiere la nota quirúrgica correspondiente.
- 6.1.3.11. En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.
- 6.1.3.12. En el caso de politraumatismos, se requiere constancia de los días de estancia del Asegurado en una unidad de cuidados intensivos.
- 6.1.3.13. **MAPFRE** se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

En el supuesto de que iniciado el trámite de reclamación de pago, el Asegurado fallezca antes de recibir la indemnización inicial, el monto correspondiente a la reclamación presentada que resulte procedente, será cubierto.

Procedimiento para el trámite de las indemnizaciones posteriores:

- 6.1.3.14. Historia clínica completa donde se demuestre que el Asegurado sigue bajo tratamiento médico.
- 6.1.3.15. Formato “Informe Médico” donde se detalle la evolución del padecimiento.
- 6.1.3.16. **MAPFRE** se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

En el supuesto de que iniciado el trámite de reclamación del pago de la(s) indemnización(es) posterior(es), el Asegurado fallezca antes de recibirla(s), se terminará la responsabilidad y obligación del contrato para MAPFRE, aún cuando no se haya agotado la Suma Asegurada contratada.

6.1.4. TRAMITE PARA REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

El pago de las reclamaciones procedentes en los términos del presente contrato, se realizarán únicamente vía reembolso, siempre y cuando, los gastos médicos erogados rebasen el deducible contratado e indicado en la carátula de la póliza. El monto del pago se determinará de la siguiente manera:

- Se sumarán los gastos médicos procedentes, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.
- A dicha cantidad se descontará primero el deducible y después el monto por concepto de coaseguro indicado en la carátula de la póliza.
- El deducible y coaseguro aplicarán para cada Enfermedad y Accidente cubierto.

El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos, según la zona geográfica de contratación.

Procedimiento para el trámite de la reclamación:

6.1.4.1. Formato “Reporte de Accidente o Enfermedad de Gastos Médicos Mayores”

6.1.4.2. Formato “Informe Médico”

6.1.4.3. “Formato de Reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades”

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en las oficinas del interior de la República de **MAPFRE** y en la página de Internet www.mapfre.com.mx

6.1.4.4. Identificación oficial del beneficiario del pago.

6.1.4.5. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad (solo en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación o cuando esta no cuente con domicilio).

6.1.4.6. Para el caso de medicamentos, facturas de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente (originales).

6.1.4.7. Facturas originales de otros servicios (estudios de laboratorio y/o gabinete, etc.), con los requisitos fiscales vigentes, con todos los gastos desglosados.

6.1.4.8. Facturas originales del hospital, con los requisitos fiscales vigentes, indicando el desglose de cada concepto cobrado.

6.1.4.9. Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos especificando el concepto del cobro.

6.1.4.10. Resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado, con interpretación (originales).

6.1.4.11. Para el pago por transferencia electrónica, debe proporcionar en el “Formato de Reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades” mencionado en la sección 6ª, numeral 6.1.3.3, “FORMATO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO SINIESTROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES”, el nombre del banco, cuenta y clabe interbancaria o ingresar copia del estado de cuenta o consulta interbancaria (única ocasión).

6.1.4.12. **MAPFRE** se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

En el supuesto de que iniciado el trámite de reclamación de pago, el Asegurado fallezca antes de recibir la indemnización, el monto correspondiente a la reclamación presentada que resulte procedente, será cubierto.

6.1.5. Servicios Adicionales

MEDITEL

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 Enfermedades o 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 accidente o enfermedad cubierta por la póliza y rebase el deducible contratado.
- Referencia sobre consultorios médicos, laboratorios de análisis, diagnóstico y patología, ópticas y farmacias.

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1. Cláusulas de interés para el Asegurado

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

7.1.1.1. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima de responsabilidad que ampara **MAPFRE** por cada Asegurado, a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto, siempre que la póliza y el Asegurado se encuentren en vigor. La Suma Asegurada para cada enfermedad o accidente quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto médico cubierto.

En la cobertura “Reembolso de Gastos Médicos” de la sección 4a, numeral 4.3., la Suma Asegurada se reinstala automáticamente, para cada Asegurado, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades que ocurran o se inicien durante la vigencia de la póliza, sin pago de prima adicional. Es decir, el Asegurado cuenta con el total de la Suma Asegurada contratada, para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra por cada padecimiento cubierto e independiente.

7.1.1.2. DEDUCIBLE

El deducible es la participación del Asegurado en las reclamaciones, que aplicará en todos los casos por cada Enfermedad o Accidente amparados por la cobertura de “Reembolso de Gastos Médicos” de la sección 4a, numeral 4.3. de acuerdo a las Condiciones Generales vigentes en la póliza, al momento de realizarse el primer gasto y por una sola ocasión cuando se trate de la misma enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de **MAPFRE**.

7.1.1.3. COASEGURO

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

7.1.2. Renovaciones

La primera y las ulteriores renovaciones que tenga este contrato se sujetarán a las condiciones de cobertura y procedimientos que **MAPFRE** tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la póliza de renovación respectiva.

Si el Contratante desea cambiar a un plan con mayor cobertura deberá solicitarlo por escrito, el cambio estará sujeto a la presentación y aceptación de los requisitos de asegurabilidad que corresponda.

En caso de que en la renovación se viesen incrementados los períodos de espera, se aplicarán los contratados en la póliza original siempre que el Asegurado haya mantenido su cobertura continua e ininterrumpida con **MAPFRE**.

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

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 7ª, numeral 7.3.5. "OMISIONES Ó INEXACTAS DECLARACIONES".

7.1.3. Renovación Automática

MAPFRE se obliga a otorgar al Asegurado la renovación de su contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la sección 7ª, numeral 7.1.5, se aplicará de acuerdo a la edad y sexo 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.

7.1.4. Plan Vitalicio

El Asegurado podrá continuar renovando su póliza de forma vitalicia en un plan de igual o menor amplitud 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.

7.1.5. Primas

La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su ocupación, zona de contratación, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, edad y sexo y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato.

En cada renovación o inclusión(es) de Asegurado(s), la prima se determinará de acuerdo a su ocupación, zona de contratación, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, sexo y edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción en que, para efecto del pago de la prima, se hubiere dividido el período del seguro.

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.

El Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

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 pactada.

En caso de siniestro, **MAPFRE** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a **MAPFRE** 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. **MAPFRE** 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.

7.1.6. 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: la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza al momento del parto o cesárea, se reporte a **MAPFRE** el nacimiento durante los 60 días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia, los hijos recién nacidos cumplan con la definición de dependientes económicos indicada en la sección 1ª, numeral 1.5. y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo Asegurado.

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

Si el Asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la póliza siempre y cuando 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 su ocupación, sexo y edad alcanzada.

7.1.7. 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 y coaseguro, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que la nueva póliza se solicite dentro de los 30 días naturales siguientes a su baja respectiva. Si la póliza se solicita posteriormente a los 30 días naturales 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 y **MAPFRE** devolverá la prima total cobrada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de póliza estipulados en la carátula de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago.

7.1.8. Edad

El límite de edad de aceptación para nuevos Asegurados es hasta los 59 años, pudiendo renovarse en forma vitalicia.

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 1.5.

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 161, 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.

7.1.9. 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.

7.1.10. Período de Beneficio

Si la póliza no presenta un período al descubierto, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada enfermedad o accidente, 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 ó a solicitud del contratante, **MAPFRE** cubrirá los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de siniestros cubiertos y ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los treinta días siguientes al término de la fecha de cancelación o hasta agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

En caso de cancelación de la póliza con base a lo estipulado en la sección 7ª, numeral 7.1.11. “CANCELACIÓN”, o 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.

7.1.11. Cancelación

En caso de que el Contratante solicite la cancelación de la póliza, **MAPFRE** devolverá la prima total cobrada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de póliza estipulados en la carátula de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago.

En caso de que existieran siniestros en curso de pago no se realizara devolución de prima, y se cubrirán los gastos erogados conforme a lo establecido en la sección 7ª, numeral 7.1.10, “PERIODO DE BENEFICIO”

7.1.12. Agravación del Riesgo

Si alguno de los Asegurados inicia la práctica profesional de un deporte o inicia la práctica de algún deporte expresamente excluido, cambia de ocupación, comienza a desempeñarse con alguna ocupación adicional o inicia la exposición a un riesgo adicional o diferente al que tenía al momento de contratar su póliza, deberá avisar por escrito a **MAPFRE**, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone el Asegurado. Si **MAPFRE** acepta el riesgo, cobrará la prima correspondiente, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Contratante no avisa por escrito a **MAPFRE**, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **MAPFRE**, de conformidad con el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de 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, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

7.2. Cláusulas Operativas

7.2.1. Territorialidad

La cobertura de la presente póliza sólo será aplicable dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos.

7.2.2. Residencia

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

7.3. Cláusulas Contractuales

7.3.1. Pago de Primas

Si no hubiere sido pagada la prima, o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del Período de Gracia (30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día del Período de Gracia.

El período anterior se establece de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el contrato de Seguro, que a la letra dice:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.” (Artículo 40, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

7.3.2. 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).

7.3.3. Competencia

Si para los casos previstos en la sección 7ª, numeral 7.3.9, “ARBITRAJE MÉDICO”, 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.

7.3.4. 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).

“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).

7.3.5. 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 8o, 9º 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).

7.3.6. 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.

7.3.7. Notificaciones

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

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

7.3.8. 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 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

“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).

“Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y
- VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.” (Artículo 135 Bis, Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).

7.3.9. Arbitraje Médico

En caso de que **MAPFRE** rechace una reclamación considerando que la enfermedad 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**.

7.3.10. 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.

La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del 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.” (Artículo 111, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

Así como, el asegurado podrá acudir a la COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF). Domicilio: Avenida Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P. 03100. Teléfono: En el D.F. 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

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 12 DE ABRIL DE 2013 CON EL NÚMERO CNSF-S0041- 0077-2013 /CONDUSEF-002077-02.



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

**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