

CONDICIONES GENERALES

PROTECCIÓN MÉDICA A TU MEDIDA COLECTIVO

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES



CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN
MÉDICA A TU MEDIDA
COLECTIVO

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Definiciones	4
2. Objeto del seguro	12
3. Contrato	13
4. Gastos médicos cubiertos	13
5. Gastos médicos cubiertos con período de espera	27
6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado	28
7. Exclusiones	32
8. Pago de Indemnizaciones	36
9. Coberturas opcionales con costo	37
9.1 Emergencia en el extranjero	37
9.2 Maternidad	38
9.3 Incremento a Honorarios Quirúrgicos	39
9.4 Cobertura Internacional	39
9.5 Previsión MAPFRE	40
9.6 Reinstalación de Suma Asegurada	41
9.7 Enfermedades Catástroficas en el Extranjero	42
10. Servicios Adicionales	43
11. Cláusulas generales	51
11.1 Cláusulas de interés para el asegurado	51
11.2 Cláusulas Operativas	57
11.3 Cláusulas Contractuales	59
12. Anexo de leyes	63

1. DEFINICIONES

MAPFRE. En lo sucesivo se entenderá por MAPFRE a la aseguradora MAPFRE México, S.A.

ABORTO INVOLUNTARIO (espontáneo). Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (133 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos).

ACCIDENTE. Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

- La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.

ACNÉ CONGLOBATA Es un tipo de acné quístico severo que se caracteriza por la inflamación, el enrojecimiento, el dolor y la formación de nódulos y abscesos en la piel.

ASALTO. Es la acción de atacar por sorpresa a alguien con la misión de robarle sus bienes, pertenencias y/o dinero.

ASEGURADO. Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado, pudiendo ser asegurado titular o dependiente económico.

ASEGURADO TITULAR. Es la persona física que tiene el vínculo con el contratante de acuerdo con la definición de colectividad asegurable. Podrá autorizar a una persona para cobrar saldos pendientes a su favor derivados de gastos amparados por la póliza en caso de fallecimiento.

CARENCIA. Número de consultas, terapias o sesiones que deben transcurrir y cuyo costo queda a cargo del asegurado, antes de que MAPFRE comience a cubrir la consulta, rehabilitación o terapia.

CENTRAL MÉDICA. Servicio de asistencia telefónica que se otorga para cada integrante de la póliza, las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional. El servicio ofrecido se encuentra especificado en estas Condiciones Generales.

CESÁREA Consiste en la obtención del producto de la gestación, placenta y membranas por medio de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. Este procedimiento se indica cuando exista un trastorno o alteración con la madre o el producto. Los honorarios médicos quirúrgicos de este procedimiento estarán en función a lo establecido en el tabulador de horarios médicos.

CIRUGÍA PROGRAMADA. Beneficio otorgado al asegurado cuando MAPFRE confirma al asegurado y al prestador de servicios, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, que efectuará el pago directo de los gastos procedentes que implique la atención del asegurado de acuerdo con los lineamientos vigentes en MAPFRE.

COASEGURO. De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible. El valor del coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El coaseguro se aplicará de acuerdo con la descripción de la sección 6 numeral 6.3, que se especifica en estas condiciones generales.

COBERTURA BÁSICA. Es la que se refiere a los gastos cubiertos detallados en las secciones 4ª y 5ª de las presentes Condiciones Generales, y que se delimitan por los alcances especificados en la carátula de la póliza, en estas Condiciones Generales y endosos adicionales que se hayan entregado al contratante.

COFEPRIS. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, es el órgano encargado de la regulación y fomento sanitario de la producción, comercialización, importación, exportación, publicidad o exposición involuntaria de: medicamentos y tecnologías para la salud, sustancias tóxicas peligrosas, productos y servicios, salud en el trabajo, saneamiento básico y riesgos derivados de factores ambientales.

COLECTIVIDAD ASEGURABLE. Constituyen una colectividad asegurable todas las personas que cumplen con las características de la definición establecida de común acuerdo entre el contratante y MAPFRE que constará en la carátula de la póliza.

CONTRATANTE. Persona física o moral que celebra el contrato de seguro.

CORROBORACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO. A solicitud de MAPFRE el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico y/o procedimiento inicial del padecimiento a tratar, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica y que son designados por MAPFRE. Dicha corroboración no tiene costo alguno y se aplica en los casos donde MAPFRE lo considere conveniente, esto de acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CULPA GRAVE. Actuar sin el cuidado necesario o de manera negligente (conducta violatoria) en el cumplimiento de un encargo u obligación trayendo consigo un daño.

DEDUCIBLE. De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado.

El deducible se aplicará de acuerdo con la descripción de la sección 6 numerales 6.2 y 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.

El monto del deducible contratado para las coberturas que aplique este concepto, se especifica en la carátula de póliza.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Podrá considerarse como tales a: cónyuge o concubina o concubinario del titular, e hijos solteros menores a 30 años del titular incluidos en la póliza y que cumplan con la definición de colectividad asegurable.

DOLO. Realizar voluntariamente la comisión de un acto u acción con pleno conocimiento de causa para (configurar/originar) un daño hacia otra persona.

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

EMERGENCIA MÉDICA. Es la aparición súbita de una alteración del estado de salud del Asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que de acuerdo con 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.

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

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

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

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

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

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

ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento.

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

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

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

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

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

EVENTRACIÓN. También llamada hernia ventral, es la protusión subcutánea de contenido intraabdominal a través de una zona debilitada de la pared abdominal o lumbar como consecuencia de una intervención quirúrgica.

FDA. Es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos (tanto para personas como para animales), medicamentos (humanos y veterinario), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y derivados sanguíneos.

FRANJA FRONTERIZA. Se refiere al territorio de Estados Unidos de Norteamérica cuyo límite sur es la frontera con México que constará para efectos del presente seguro de treinta y dos (32) km. o veinte (20) millas de ancho.

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

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

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

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.

MALA FE. Llevar a cabo una acción o un comportamiento con el objetivo de sacar una ventaja en beneficio propio.

MATERNIDAD ASISTIDA. A fines del presente contrato de seguro, se define como el grupo de técnicas o métodos que sustituyen el proceso de reproducción natural. Los métodos considerados serán la fecundación in vitro e inseminación artificial.

MATERNIDAD SUBROGADA. Método de reproducción asistida caracterizado porque una mujer, conocida como gestante, accede a gestar al hijo de otra persona o pareja.

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, distribución, uso y aplicación en el país, que su actividad

farmacológica esté indicada para el padecimiento reclamado y que sea adquirido a través de un distribuidor autorizado por el laboratorio que lo fabrica.

MÉDICO TRATANTE. Médico responsable de la toma de decisiones del tratamiento y/o procedimiento médico. Dicho médico deberá ser un profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

El médico tratante podrá ser Médico General, Especialista Certificado y/o Cirujano Certificado, los cuales deberán ser especialistas en la materia en la cual va a ejercer el procedimiento. El médico tratante no deberá ser familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado

MÉDICO ACUPUNTURISTA. Es aquel profesional que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Titulo y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista.

MÉDICO HOMEÓPATA. Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Titulo y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como homeópata.

MÉDICO DE RED. Médico que mantiene convenio con MAPFRE para dar atención a sus asegurados. El directorio de médicos de red podrá consultarse a través de Central Médica o en la página de Internet de MAPFRE.

MOBBING. Situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente y durante un tiempo prolongado sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación y/o perturbar el ejercicio de sus labores.

PADECIMIENTO. Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier accidente o enfermedad.

PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente MAPFRE al prestador de servicios, siempre y cuando se trate un hospital de red y/o un médico de red, por la atención médica o quirúrgica de padecimientos cubiertos por el contrato, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la sección 6 numeral 6.8 de las presentes condiciones generales. En caso de que el médico sea de no red y acepte el pago directo, se le otorgará el mismo tratamiento mencionado en la definición “Médico de red”.

PARTO NORMAL (eutócico, natural o vaginal). Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.

PARTO PREMATURO. Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas veinte (20) y treinta y siete (37) de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

PERÍODO AL DESCUBIERTO Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Dicho periodo comienza desde la fecha de inicio de vigencia del (los) recibo(s) no pagado(s) y finaliza hasta la fecha de pago de la prima.

En caso de que se cuente con siniestro procedente y se presente periodo al descubierto, aplicará lo siguiente:

- Si el siniestro ocurrió previo al periodo al descubierto y fue procedente, los gastos erogados durante el periodo al descubierto quedarán excluidos, y los gastos procedentes ocurridos posterior al periodo al descubierto se cubrirán con base en las presentes condiciones generales y a los endosos adheridos a la póliza.
- Si los gastos o los síntomas o el siniestro ocurrieron durante el periodo al descubierto, cualquier gasto erogado derivado de este siniestro quedará excluido.

PERIODO DE ESPERA. Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir antes de considerar protegidos los padecimientos que se enuncian en la sección 5 de las presentes condiciones generales. Este periodo de espera opera para cada asegurado.

PERIODO DE GRACIA. Es aquel intervalo de tiempo durante el cual, en caso de no pagar la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, quedan suspendidos los beneficios de pago directo que se deriven de esta póliza, sin que ello implique la pérdida de continuidad en la cobertura. Se genera por falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Si no hubiere sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

POLITRAUMATISMO. Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles que deben ser tratadas inmediatamente producidas en un mismo accidente que provocan deterioro circulatorio, respiratorio y/o neurológico.

PRÁCTICA O ACTIVIDAD AMATEUR DE DEPORTES. La realización de deportes de manera ocasional sin que dicha actividad implique ser el principal ingreso económico para el asegurado ya sea en efectivo, en especie o en forma de beca. Para efectos del presente contrato se cubrirán los gastos erogados derivados de las lesiones y/o padecimientos provocados por la práctica amateur de deportes, **salvo los deportes especificados dentro de la sección 7. Exclusiones, y/o cuando el asegurado participe como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**

PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES. La realización de deportes donde dicha actividad implique ser el principal ingreso económico para el asegurado ya sea en efectivo, en especie o en forma de beca.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. Toda intervención realizada en instalaciones especializadas y certificadas por las autoridades competentes en la que se requieran anestesia y material quirúrgico.

Dicha intervención deberá ser realizada por médicos certificados en la materia y cuya especialidad esté relacionada con el evento realizado, cuyo fin es dar solución a un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto bajo las presentes condiciones generales.

PRÓTESIS. Pieza o dispositivo que reemplaza a un órgano vital o miembro y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad del órgano o miembro original, ya sea de forma temporal o permanente.

PRÓTESIS MAMARIA. Implantes constituidos por una estructura elastómera de gel de silicona o poliuretano utilizados para la reconstrucción mamaria.

PROTUSIÓN. Condición en la que el disco intervertebral, que es una estructura situada entre las vértebras de la columna vertebral, se desplaza hacia fuera de su posición normal.

QUIROPRÁCTICO. Es aquel profesional que cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión, quien se basa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema neuro-esquelético aplicando los principios de manipulación y ajuste de la columna vertebral.

RECAÍDA. Aquella situación en la que un paciente se ve aquejado nuevamente por alguna enfermedad considerada preexistente a la contratación de la póliza.

RECIÉN NACIDO. Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 30 días de haber nacido.

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

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

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

El reconocimiento de antigüedad no aplica para padecimientos preexistentes.

La antigüedad reconocida por parte de MAPFRE para cada asegurado se indicará en la póliza.

REEMBOLSO. Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza de acuerdo con las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

REHABILITACIÓN FÍSICA Y/O MUSCULO ESQUELÉTICA. Tratamientos médicos de rehabilitación física y/o musculo esquelética realizados en centros especializados y certificados por la secretaria de salud, dichos tratamientos deber ser indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado.

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.

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

SUBLÍMITE. Se define como el monto máximo de responsabilidad de MAPFRE, para cada asegurado a consecuencia de un evento, padecimiento, tratamiento, accidente, consulta y/o gasto erogado cubierto, el cual es menor o igual a la suma asegurada contratada para la cobertura básica y que se especifica dentro de las presentes condiciones generales, carátula de póliza y/o endosos adheridos a la misma, en los casos en los que aplica dicho sublímite.

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

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

TERAPIA. Tratamiento coadyuvante de un padecimiento, accidente y/o evento cubierto que tiene como finalidad mejorar la salud física o mental de una persona. Dicha terapia deberá ser determinada y realizada por un médico especialista en la materia y deberá apegarse a los criterios y condiciones mencionadas dentro de las Guías Médicas.

TOPE DE COASEGURO. Es la cantidad máxima que paga el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, establecido en la carátula de la póliza. El valor del tope de coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El tope de coaseguro se aplicará de acuerdo con la descripción de la sección 6 numeral 6.4, que se especifica en estas condiciones generales.

TRATAMIENTO MÉDICO. Metodología no quirúrgica que sistematiza y ordena los pasos para establecer una terapéutica racional para el restablecimiento de la salud o lesiones corporales que este registrado ante la Secretaría de Salud para su uso, venta, distribución en el país y que esté relacionado al padecimiento reclamado.

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

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

2. OBJETO DEL SEGURO

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

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

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de la vigencia de la póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma o,
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.

Los gastos cubiertos al amparo de las presentes condiciones generales solo serán los erogados dentro del territorio nacional (Estados Unidos Mexicanos), salvo los casos particulares en los que la propia cobertura indique lo contrario.

3. CONTRATO

El contrato de seguro está conformado por la carátula de póliza, estas condiciones generales, la solicitud que el contratante ha firmado, los consentimientos que los asegurados titulares y/o asegurados han firmado y entregado a MAPFRE, así como las cláusulas adicionales o endosos adheridos a la póliza. Los agentes de Seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de un padecimiento cubierto, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, MAPFRE

pagará o reembolsará los gastos por los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en la póliza.

4.1 GASTOS HOSPITALARIOS

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

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

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

4.1.3 ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y/O UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS para los asegurados de la póliza

4.1.4 SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN Y CURACIONES para los asegurados de la póliza.

4.1.5 RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL Y SUMINISTROS. Gastos originados por renta de equipo de hospital y suministros que sean indispensables para el cuidado médico en el domicilio del asegurado, siempre y cuando el equipo de hospital y suministros mencionados, sean prescritos por el médico tratante.

4.2 HONORARIOS MÉDICOS

4.2.1 HONORARIOS DE ENFERMERA. La atención de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, se cubrirán siempre y cuando el médico tratante determina que es indispensable para el restablecimiento de la salud. Dichos honorarios se cubrirán de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos, pudiendo amparar las veinticuatro (24) horas al día en diversos turnos (máximo 3) y hasta un máximo de treinta (30) días naturales. El servicio prestado de enfermera siempre deberá ser intradomiciliario y será cubierto por reembolso.

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

4.2.3 HONORARIOS QUIRÚRGICOS. Los honorarios quirúrgicos estarán sujetos al tabulador de honorarios médicos hasta la cantidad señalada para los procedimientos detallados en el mismo, la cual incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes, así como las consultas que se originan por el procedimiento quirúrgico hasta quince (15) días posteriores al alta hospitalaria.

Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente se valorarán por similitud.

4.3 MEDICAMENTOS

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

Los medicamentos mencionados en el párrafo anterior deben de estar avalados para su uso y comercialización en el territorio nacional.

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

4.3.3 TRANSFUSIONES DE SANGRE. Gastos originados por estudios de compatibilidad de sangre, transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes, siempre y cuando dichos conceptos se encuentren prescritos por el médico tratante.

4.4 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Gastos por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o de cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos por esta póliza, siempre y cuando los conceptos mencionados sean prescritos por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

La cobertura de estudios de laboratorio se hará con base en las normas oficiales mexicanas de práctica clínica mexicanas e internacionales.

4.5 OTROS SERVICIOS MÉDICOS

4.5.1 AMBULANCIA

- **TERRESTRE.** Gastos de ambulancia terrestre siempre y cuando el asegurado:
 - a) 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.
 - b) Se encuentre en un hospital que no cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia médica, y sea necesario trasladarse a otro hospital.

Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

- **AÉREA.**

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

Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

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

MAPFRE solo cubrirá la indemnización en los términos anteriormente descritos, no se responsabilizará de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.

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

4.5.2 TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES Y MAXILARES.

Gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, cuando se requieran como consecuencia directa de un accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o como complicaciones de una enfermedad cubierta. Este concepto opera bajo previa autorización de MAPFRE.

4.5.3 TRATAMIENTOS DE CARÁCTER ESTÉTICO, PLÁSTICO O RECONSTRUCTIVO.

Gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético, plástico o reconstructivo que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza para cada asegurado.

4.5.4 PRÓTESIS.

Este concepto ampara los gastos erogados que resulten de aparatos ortopédicos y/o prótesis, hasta un monto de \$350,000 (trescientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N) pesos o la suma asegurada contratada para la cobertura básica, la que resulte menor, para cada prótesis y/o aparato ortopédico requerido por el asegurado, siempre y cuando se requieran durante la vigencia del seguro como consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto.

Adicional, se cubrirán las reposiciones de aparatos ortopédicos o prótesis, incluyendo reposiciones necesarias por crecimiento del asegurado, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- MAPFRE hubiere pagado el primer aparato ortopédico y/o la primera prótesis, a consecuencia de un padecimiento o accidente amparado.

- Hayan transcurrido por lo menos dos (2) años desde la última implantación.

El coaseguro aplicable para cada prótesis o aparato ortopédico ya sea nueva o reposición, será el indicado a continuación:

- En caso de que se trate de una prótesis o aparato ortopédico a consecuencia de un accidente cubierto, se aplicará el coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura básica.
- En caso de que se trate de una prótesis o aparato ortopédico a consecuencia de una enfermedad cubierta, se aplicará un incremento de 20 puntos porcentuales al coaseguro contratado, sin tope del mismo.

Prótesis y/o aparatos ortopédicos con condiciones particulares:

Adicional a los requisitos, alcances y condiciones mencionadas en la cláusula 4.5.4 Prótesis, para los siguientes tipos de prótesis y/o aparatos ortopédicos, se deberá cumplir:

1. Mastectomía contralateral. Se cubrirán los gastos derivados del implante y de la cirugía derivada de la mastectomía contralateral, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:
 - El médico tratante especialista determine que es necesario la realización de una mastectomía contralateral a consecuencia de cáncer de mama cubierto por la póliza.
 - La primera mastectomía unilateral haya sido cubierta por MAPFRE por la presente póliza, a consecuencia de un tumor maligno.
2. Prótesis Auditiva. Se cubrirá hasta un monto de \$150,000 (ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N) pesos o la suma asegurada contratada para la cobertura básica, la que resulte menor, para cada prótesis y/o aparato ortopédico requerido por el asegurado, siempre y cuando se requieran durante la vigencia del seguro como consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto.

4.5.5 REHABILITACIONES. Esta cobertura ampara los gastos erogados por los siguientes conceptos:

A) Rehabilitación física y/o musculo esquelética.

Se amparan los gastos erogados derivados de rehabilitaciones físicas, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

1. Cumpla con la definición del concepto “Rehabilitación músculo esquelética” establecida en la sección 1. Definiciones,
2. Se requieran como consecuencia directa de un padecimiento o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.
3. Dichas rehabilitaciones sean prescritas por el médico tratante.
4. Dichas rehabilitaciones sean proporcionadas por personal y/o instituciones médicas especializadas en rehabilitación física y/o musculo esqueléticas que estén legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

B) Otros conceptos

Se ampara los gastos erogados derivados por las sesiones de terapias de rehabilitación, siempre y cuando dicha terapia cumpla con la definición de “Rehabilitación” establecida en la sección 1 Definiciones:

- Hidroterapia.
- Crioterapia.
- Neurorehabilitación o neurodesarrollo.
- Ozonoterapia.
- Fisioterapia pulmonar.
- Rehabilitación cardíaca.
- Uso de cama hiperbárica.

Estos conceptos se podrán amparar siempre y cuando se cumplan con los siguientes puntos:

1. Gastos derivados de una consecuencia directa de un padecimiento cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.
2. Dichas rehabilitaciones deberán ser prescritas por el médico tratante especializado en la materia y las mismas deberán apegarse a los protocolos y recomendaciones mencionadas dentro de las Guías Médicas
3. Dichas sesiones sean proporcionadas por personal y/o instituciones médicas especializados en rehabilitación que estén legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

4.5.6 AYUDA PARA TERAPIA INCLUSIVA INTEGRAL. Este concepto ampara los gastos erogados derivados por las sesiones de terapias de tipo motriz, de lenguaje y/o de audición en los casos donde el asegurado cumpla con las siguientes condiciones:

1. Cuento con alguno de los siguientes padecimientos cubiertos dentro de la póliza:
 - Trastorno del espectro autista.
 - Síndrome de Asperger
 - Síndrome de Down
2. Dichas terapias sean prescritas por el médico tratante.
3. Dichas terapias sean proporcionadas por personal y/o instituciones médicas especializadas en la materia que estén legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Este concepto ampara hasta doce (12) consultas por año póliza, teniendo como límite máximo el monto especificado dentro del tabulador de honorarios médicos quirúrgicos contratado.

Esta cobertura cuenta con una carencia de tres (3) terapias.

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

- a) **Cualquier gasto derivado de un padecimiento no enlistado en la presente cobertura.**
- b) **Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura.**

4.5.7 QUIMIOTERAPIA. Este concepto ampara los gastos erogados procedentes de la quimioterapia relacionado a un padecimiento de cáncer cubierto hasta la suma asegurada contratada en la cobertura básica, siempre y cuando el procedimiento sea determinado y prescrito por un médico especialista en la materia y dicho procedimiento se requiera a consecuencia de un padecimiento o cubierto.

4.6 EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES PARTICULARES

4.6.1 DOS O MÁS CIRUGÍAS EN LA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA.

Cuando se practiquen dos cirugías en la misma sesión quirúrgica, se cubrirán los gastos originados de la siguiente manera:

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

En caso de que la segunda cirugía realizada en la misma sesión quirúrgica sea con fines preventivos o estéticos, se le aplicará el coaseguro máximo entre el cuarenta por ciento (40%) y el coaseguro contratado dentro de la cobertura básica.

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

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

4.6.2 POLITRAUMATIZADO.

En el caso de politraumatizado se seguirá el procedimiento anterior; si se requiere la intervención de otro o más especialistas los honorarios de éstos serán cubiertos al cien por ciento (100%) del tabulador de honorarios médicos.

4.6.3 TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Gastos por trasplante de órganos hasta la suma asegurada contratada para la cobertura básica o \$ 10,000,000 de pesos (diez millones de pesos 00/100 m.n.) lo que sea menor, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica. Se cubrirán únicamente los gastos del receptor en caso de que éste sea nuestro asegurado, así como los del donador exclusivamente por

las pruebas de compatibilidad, el procedimiento quirúrgico, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación a nuestro asegurado.

4.6.4 PREMATUREZ Y/O PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

Estarán cubiertos los gastos por prematurez y/o padecimientos o malformaciones congénitas, de los hijos nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua con MAPFRE al momento del nacimiento del menor.

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

Los padecimientos congénitos de asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, o para los nacidos durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con los diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE, se cubrirán los gastos originados por los padecimientos o malformaciones congénitas, siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

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

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

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

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

- a. **Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, o drogadicción.**
- b. **No están cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.**

4.6.5 QUIROPRÁCTICOS.

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

- Los tratamientos cubiertos estarán enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador de honorarios médicos. En caso de requerirse, MAPFRE pagará hasta lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada cuatro (4) meses. Este informe deberá incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de las terapias o consultas necesarias para su total restablecimiento.

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

a) Los gastos erogados por tratamientos con quiropráctico que exceda de los doce (12) meses contados a partir de la fecha de la primera consulta.

4.6.6 HOMEOPATÍA.

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

- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo con la opción contratada. En caso de requerirse, MAPFRE pagará hasta lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada cuatro (4) meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.

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

a) Los gastos erogados por tratamientos con homeopatía que exceda de los doce (12) meses contados a partir de la fecha de la primera consulta.

4.6.7 ACUPUNTURA.

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

- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo con la opción contratada. En caso de requerirse, MAPFRE pagará hasta lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada cuatro (4) meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.

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

a) Los gastos erogados por tratamientos con acupuntura que exceda de los doce (12) meses contados a partir de la fecha de la primera consulta.

4.6.8 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Se cubrirá cualquier complicación del embarazo, siempre y cuando la asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza. En caso de contar con la cobertura Maternidad especificada en la cláusula 9.2 Maternidad, bajo la modalidad Indemnizatoria, **se excluirán los gastos correspondientes al parto.**

4.6.9 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

El asegurado y sus dependientes podrán corroborar el diagnóstico inicial de cualquier padecimiento amparado, ya sea a petición de MAPFRE o por designación propia, a través de médicos especialistas que el asegurado designe libremente de entre los médicos de red con MAPFRE. Este beneficio se cubrirá vía reembolso sin necesidad que se rebase el deducible contratado.

4.6.10 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS.

Mediante esta cobertura quedan cubiertos, en territorio nacional, los gastos erogados a consecuencia de cualquier emergencia médica por la complicación de los siguientes tratamientos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, hasta la estabilización y/o control de la emergencia médica, el periodo de beneficio o hasta la suma asegurada para la presente cobertura, lo que ocurra primero:

- a. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico.
- b. Tratamientos, médicos o quirúrgicos para la obesidad, anorexia y bulimia.

- c. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para evitar o corregir la calvicie.
- d. Tratamientos para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- e. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares a consecuencia directa de un accidente no cubierto o como complicaciones de una enfermedad no cubierta.
- f. Tratamientos de reasignación de sexo.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando cumplan con la definición de Emergencia Médica estipulada en la sección 1. Definiciones.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de \$1,000,000 (un millón de pesos 00/100 m.n.) o la suma asegurada de la cobertura básica, lo que resulte menor.

Para esta cobertura aplica tanto el deducible y coaseguro contratados en la cobertura básica y que se encuentra especificada en la caratula de la póliza.

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

- a) Gastos originados por Emergencia Médica de padecimientos preexistentes**

4.6.11 ACCIDENTE EN MOTOCICLETA

Se ampararán los conceptos establecidos en la cobertura básica, bajo los términos y condiciones contratados para dicha cobertura, en caso de que el asegurado a causa de un accidente ocurrido mientras se encontrase utilizando alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor como medio de transporte o para fines recreativos, sufra lesiones que ameriten recibir atención médica y/o quirúrgica.

Para que la presente cobertura tenga efecto, el asegurado deberá:

- A) Utilizar el equipo de seguridad con base en los reglamentos de tránsito vigentes
- B) Contar con licencia de motociclista vigente cuando se encuentre utilizando alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor como medio de transporte.

Para los casos en los que el asegurado se encuentre usando alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor con fines laborales y/o de reparto de cualquier artículo, comida o el otorgamiento de cualquier servicio, la suma asegurada será la menor entre la suma asegurada contratada para la cobertura básica al momento de iniciar los gastos o \$200,000.00 (doscientos mil pesos mexicanos); el resto de condiciones aplicables serán las contratadas para la cobertura básica al momento de iniciar los gastos. Se considerarán servicios, enunciados a manera enunciativa no limitativa: servicios de limpieza de cualquier tipo, tintorería, lavandería o cuidado de mascotas.

En adición a las exclusiones indicadas en la cláusula 7. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara las lesiones corporales ocasionadas por la participación del asegurado en competencias, pruebas, contiendas velocidad y/o resistencia o actividad notoriamente peligrosa, entendido por

tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

4.6.12 PROCEDIMIENTOS DE VANGUARDIA

Se ampararán los gastos erogados por los procedimientos, tratamientos, medicamentos y estudios diagnósticos que cumpla con la definición establecida en la sección 1. Definiciones, siempre y cuando esté aprobado por la FDA y COFEPRIS y se cuente con previa autorización de MAPFRE.

Se aplicará por concepto de coaseguro el treinta por ciento (30%) o el contratado para la cobertura básica, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro.

El periodo para considerar que un procedimiento, tratamiento, medicamento y/o estudio diagnóstico es de vanguardia, será:

- En el caso de medicamentos, hasta cinco (5) años a partir de su autorización.
- En el caso de tratamientos, procedimientos y estudios diagnósticos, hasta dos (2) años a partir de su autorización.

4.6.13 CIRUGÍA BARIÁTRICA

Se ampararán los gastos erogados durante la vigencia de la póliza por concepto de cirugía bariátrica, entendiéndose la misma como la realización de cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- a) Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica).
- b) Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band).
- c) Bypass (puente) gástrico.

Lo anterior, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

1. El asegurado deberá contar con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
2. El asegurado tenga entre dieciocho (18) y sesenta (60) años.
3. El procedimiento quirúrgico debe ser prescrito por un médico especialista en la materia.
4. Deberá ser la primera cirugía bariátrica en la vida del asegurado.
5. La cirugía debe ser realizada por un médico con certificación vigente como cirujano bariatra.
6. El asegurado deberá cumplir con el protocolo preoperatorio (visto bueno de endocrinólogo o internista)

Esta cobertura solo opera en territorio nacional y franja fronteriza.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de \$200,000 (doscientos mil pesos 00/100 m.n.) o la suma asegurada de la cobertura básica, lo que resulte menor.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado.

4.6.14 AYUDA PARA MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA

Se ampararán los gastos erogados por terapia hormonal dentro de la vigencia de la póliza, si la o el asegurada (o) cuenta con alguna de los siguientes diagnósticos:

- Menopausia.
- Pre-menopausia.
- Andropausia.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de \$20,000 (veinte mil pesos 00/100 m.n.) o la suma asegurada de la cobertura básica, lo que resulte menor, siempre y cuando la terapia hormonal sea prescrita por el médico tratante especialista en la materia.

El límite de edad de aceptación para esta cobertura es de cuarenta (40) a sesenta y cuatro (64) años.

En adición a la sección 7. Exclusiones Generales, este concepto no ampara:

- a) Cualquier padecimiento no enlistado en la presente cobertura.**
- b) Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura.**

4.6.15 AYUDA POR ACNÉ CONGLOBATA

Se ampararán los gastos derivados por acné conglobata dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Que dicho acné cumpla con la definición de Acné conglobata especificada en la sección 1. Definiciones.
- El tratamiento deberá ser prescrito por parte de un médico especialista de la materia.

Los gastos erogados procedentes se cubrirán hasta la suma asegurada de \$20,000 (veinte mil pesos 00/100 m.n.).

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

Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura.

4.6.16 PADECIMIENTOS PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS

Se cubrirán los gastos erogados por la atención médica de daño psiquiátrico o psicológico incluyendo ansiedad, depresión, estrés laboral y/o mobbing durante la vigencia de la póliza, siempre que:

1. El médico general tratante presente el diagnóstico indicando la necesidad de contar con asistencia psicológica y/o psiquiátrica.
2. Un médico psiquiatra o psicólogo confirme dicho diagnóstico.
3. Ambos médicos cuenten con los documentos oficiales que los acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).
4. La atención psicológica y/o psiquiátrica se requiera a consecuencia de un padecimiento o accidente cubierto.
5. La atención psicológica y/o psiquiátrica se podrá realizar de forma paralela con tratamientos médicos y quirúrgicos.

La presente cobertura ampara hasta doce (12) consultas psicológicas y/o psiquiátricas por año póliza, teniendo como límite máximo el monto por consulta, el especificado dentro del tabulador de honorarios médicos quirúrgicos contratado.

Esta cobertura cuenta con una carencia de tres (3) consultas.

El monto máximo para indemnizar por consulta psicológica será el indicado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo con la opción contratada. Para seguir contando con la atención se deberá entregar una actualización del informe médico o de tratamiento por lo menos cada seis (6) meses, donde se describa evolución y pronóstico del paciente, en caso de no entregarlo se dará por terminado el beneficio. Además, esta cobertura ampara los medicamentos necesarios para el tratamiento psiquiatra y/o psicológico hasta por un (1) año contado a partir de la fecha de la primera consulta o hasta un monto máximo de setenta mil pesos (\$70,000.00), lo que suceda primero. Los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

En caso de que el contratante desee extender las consultas hasta veinticuatro (24) consultas psicológicas por año póliza, el contratante deberá solicitar un endoso de extensión de sesiones psicológicas y pagar la extraprima correspondiente.

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

- a) **Los gastos erogados por honorarios del médico psiquiatra o psicólogo y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con la acreditación descrita anteriormente.**
- b) **Los gastos erogados por tratamiento de los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar o considerar de facto la cobertura de otros padecimientos relacionados o no.**

4.6.17 AYUDA POR SALPINGOCLASIA

Se amparan los gastos erogados procedentes de la práctica de la salpingoclasia hasta la suma asegurada de \$20,000 (veinte mil pesos 00/100 m.n.), siempre y cuando el procedimiento sea determinado y prescrito por un médico especialista en la materia y dicho procedimiento se requiera a consecuencia de un padecimiento o accidente cubierto.

4.6.18 AYUDA PARA ESTUDIOS DIFERENCIALES

Se amparan los gastos erogados procedentes de estudios diferenciales, siempre y cuando:

- Se cumpla con la definición “Estudio diferencial” establecida en el numeral 1. Definiciones.
- Dichos estudios diferenciales sean prescritos por el médico tratante y sean proporcionados por personal y/o instituciones médicas especializadas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.
Adicional, los mismos deberán estar relacionados al padecimiento final diagnosticado y/o deberán apegarse al protocolo médico establecido en las Guías Médicas.

4.6.19 AYUDA PARA MEDICAMENTOS O INSUMOS COMPLEMENTARIOS

Quedarán amparados los gastos erogados hasta la suma asegurada de \$5,000 (cinco mil pesos 00/100 m.n.), por los siguientes conceptos y siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y estén relacionados directamente con el tratamiento derivado de un padecimiento cubierto:

- a) Vitaminas y minerales los cuales se define como complementos alimenticios con una fuente concentrada de nutrientes u otras sustancias alimenticias autorizadas que tienen un efecto nutricional o fisiológico.
- b) Protectores gástricos, los cuales se definen como un medicamento que se utiliza para evitar los problemas de salud y las molestias que causan los ácidos del estómago.
- c) Medicamentos antipsicóticos, los cuales se definen como medicamentos que se utilizan principalmente para ayudar a tratar la manía y la psicosis.
- d) Medicamentos para tratar la disfunción eréctil.
- e) Medicamentos para tratar la apnea del sueño.
- f) Media elástica, medias Ted o medias de compresión neumáticas (de pulso).

Para los conceptos anteriores se deberá presentar la receta y factura correspondiente con el desglose de los mismos. Así mismo, para seguir contando con la cobertura se deberá entregar una actualización del informe médico o de tratamiento por lo menos cada seis (6) meses, donde se describa evolución y pronóstico del paciente, en caso de no entregarlo se dará por terminado el beneficio.

En adición a la sección 7. Exclusiones Generales, la presente cobertura no ampara ningún gasto distinto a los enlistados en dicha cobertura.

5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Para cubrir los gastos erogados por los padecimientos mencionados dentro de los numerales 5.1 y 5.2 de las presentes condiciones generales deberá transcurrir el periodo de espera estipulado, con excepción de los gastos erogados a consecuencia de un accidente o una Emergencia Médica donde no será aplicable dichos periodos de espera, esto con lo previsto en la disposición 4.5.6. de la CUSF.

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

Los periodos de espera descritos a continuación no operan en caso de que el asegurado se trate de un recién nacido y cumplan los siguientes puntos:

- La madre cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en esta u otra compañía de seguros, considerando vigencias anteriores, siempre y cuando se trate del mismo contratante y/o grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta póliza, al momento del evento final.
- El alta de asegurado se realice dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del nacimiento y se pague la prima correspondiente.

5.1 PERIODO DE ESPERA DE TREINTA (30) DÍAS

Se cubrirán los gastos originados por las enfermedades cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento se presenten treinta (30) días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado, **siempre y cuando no sean preexistentes, ni estén excluidas por las presentes Condiciones Generales.** Esta limitación no opera en la renovación de la póliza.

5.2 PERIODO DE ESPERA DE DIEZ (10) MESES

Se cubrirán los gastos erogados indicados en la caratula de la póliza por los siguientes padecimientos cuando la madre asegurada cumpla con diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida en esta u otra compañía de seguros, considerando vigencias anteriores, siempre y cuando se trate del mismo contratante y/o grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta póliza, al momento del evento final:

- A) Padecimientos y malformaciones congénitas en el asegurado nacido en la vigencia de la póliza, de acuerdo con lo establecido en el punto 4.6.4 de las presentes condiciones generales.
- B) Maternidad, siempre y cuando la asegurada contrate la cobertura 9.2 Maternidad, la cual estará indicada en la caratula de la póliza.

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

6.1 SUMA ASEGURADA

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

6.2 DEDUCIBLE

Aplicará una sola vez en cada enfermedad o padecimiento cubierto.

En toda reclamación por accidente se eliminará el deducible contratado cubriéndose desde el primer gasto erogado procedente.

6.3 COASEGURO

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

El coaseguro aplicable será el indicado en las cláusulas 6.6 Nivel Hospitalario, 6.8 Pago directo y 6.9 Reembolso y/o el particular indicado para eventos, padecimientos, accidentes, consultas y/o gastos especificados dentro de las presentes condiciones generales, caratula de póliza y los endosos adheridos a la misma.

6.4 TOPE DE COASEGURO

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

El tope de coaseguro aplicable será el indicado en las cláusulas 6.6 Nivel Hospitalario, 6.8 Pago directo y 6.9 reembolso y/o el particular indicado para eventos, padecimientos, accidentes, consultas y/o gastos especificados dentro de las presentes condiciones generales, caratula de póliza y los endosos adheridos a la misma.

6.5 CRITERIO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE, COASEGURO Y TOPE DE COASEGURO

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

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

6.6 NIVEL HOSPITALARIO

- Cuando el asegurado acceda o reciba servicios de un hospital de clasificación superior al establecido en su póliza de acuerdo con la red hospitalaria contratada, tendrá una penalización en el coaseguro hospitalario de 30 puntos porcentuales sin tope del mismo en adición del

coaseguro contratado según se trate de un accidente o una enfermedad, por los gastos erogados en dicho hospital. En este caso no opera el beneficio de Pago Directo y Cirugía Programada.

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

	Red donde recibe la atención			
Red Contratada	Esencial	Óptima	Completa	Amplia
Esencial	Coaseguro contratado	Penalización de un incremento de 30pp*	Penalización de un incremento de 30pp*	Penalización de un incremento de 30pp*
Óptima	Reducción hasta 7pp*	Coaseguro contratado	Penalización de un incremento de 30pp*	Penalización de un incremento de 30pp*
Completa	Reducción hasta 10pp*	Reducción hasta 7pp*	Coaseguro contratado	Penalización de un incremento de 30pp*
Amplia	Reducción hasta 10pp*	Reducción hasta 10pp*	Reducción hasta 7pp*	Coaseguro contratado

*pp= Puntos porcentuales

En caso de recibir la atención en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro, el coaseguro aplicable será el siguiente:

- En caso de atenciones derivadas de accidentes y/o padecimientos cubiertos de nariz, senos paranasales y/o rodilla, el coaseguro que deberá pagar será el máximo entre el contratado en la cobertura básica y cincuenta (50) puntos porcentuales, sin aplicar tope de coaseguro.
- En caso de atenciones derivadas de cualquier otro padecimiento y/o accidente cubierto, el coaseguro que deberá pagar será del máximo entre el contratado para la cobertura básica y cuarenta (40) puntos porcentuales, sin aplicar tope de coaseguro contratado.

Además de lo anterior, no podrá otorgarse los beneficios de pago directo y cirugía programada establecidos en la sección 6 numeral 6.8 Pago directo de la presente sección.

La red hospitalaria se puede consultar y descargar desde nuestro portal <https://www.mapfre.com.mx/servicios-cliente/red-medica/>

6.7 DE LOS HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

- 1) El importe por concepto de los honorarios médicos quirúrgicos para territorio nacional será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos, conforme a lo establecido en el numeral 4.2 Honorarios médicos de la sección 4. Gastos médicos cubiertos. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.
- 2) El importe por concepto de los honorarios médicos quirúrgicos para territorio internacional será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos adicionando un porcentaje de acuerdo lo indicado en la sección 9 numerales 9.1 Emergencia en el Extranjero, 9.4 Internacional y 9.7 Enfermedades catastróficas en el extranjero.

El excedente a estos montos está a cargo del asegurado. Este catálogo se puede consultar y descargar desde en nuestro portal www.mapfre.com.mx.

6.8 PAGO DIRECTO

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

- 1) El asegurado opte por recibir la atención quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada o en la red médica contratada preferente.
- 2) El motivo de la atención quirúrgica sea derivado de una enfermedad, accidente o emergencia médica cubierta.
- 3) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención quirúrgica rebase el deducible contratado.

Si al momento de la atención médica o quirúrgica de padecimientos cubiertos, la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, no operará el beneficio de Pago Directo ni Cirugía Programada,

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

- 1) El asegurado opte por recibir la atención quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada o en la red médica contratada preferente.
- 2) Envíe a MAPFRE con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación
 - a. Informe medico

- b. Aviso de accidente y/o enfermedad
 - c. Historia clínica
 - d. Resultado de los estudios de apoyo de diagnóstico practicados y en caso de haberse realizado estudios radiológicos, enviar una copia de dicha interpretación.
- 3) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención quirúrgica programados, deberán de rebasar el deducible contratado.
- 4) Notifique con al menos un día de anticipación a la fecha de admisión, aquellos tratamientos médicos o quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los autorizados previamente.
El beneficio de pago directo se podrá otorgar para la “Cobertura Internacional”, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en los puntos antes mencionados y dicha cobertura se contrate de acuerdo con lo establecido en la sección 9 numeral 9.4 de las presentes condiciones generales.
En caso de contar con los beneficios de pago directo y cirugía programada, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura básica.

Si el asegurado realiza la gestión de las atenciones quirúrgicas recibidas derivadas de padecimientos de nariz, senos paranasales, rodilla y columna por pago directo y cuenta con corroboración de diagnóstico o procedimiento, el coaseguro que deberá pagar será el contratado en la cobertura básica; en caso de que no se realice la corroboración de diagnóstico o procedimiento el coaseguro que se deberá de pagar será el contratado en la cobertura básica más veinte (20) puntos porcentuales.

6.9 REEMBOLSO

En caso de solicitarse el pago vía reembolso de gastos realizados por atenciones quirúrgicas recibidas, tratamientos médicos, consultas médicas o gastos complementarios a la atención quirúrgica y la atención se haya realizado en alguno de los hospitales de red, se aplicará el coaseguro y tope de coaseguro especificados a continuación:

- En caso de que la atención sea derivada de accidentes y/o padecimientos de nariz y senos paranasales cubiertos, el coaseguro que deberá pagar será el contratado en la cobertura básica más veinte (20) puntos porcentuales, sin aplicar tope de coaseguro.
- En caso de que la atención sea derivada de cualquier otro padecimiento y/o accidente cubierto, el coaseguro que deberá pagar será el contratado en la cobertura básica, aplicando el tope de coaseguro contratado.

Se otorgará el pago por reembolso de los gastos erogados a consecuencia de un accidente y/o padecimiento cubierto al asegurado, siempre y cuando:

- 1) Se realice tratamientos quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los notificados para “Cirugía programada” y no haya dado aviso de dicho cambio.
- 2) Se traten de gastos realizados por tratamientos médicos o gastos complementarios a la atención quirúrgica

- 3) Se realice la atención quirúrgica con médicos y hospitales que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro. En este caso, el coaseguro y tope de coaseguro aplicable será el indicado en la cláusula 6.6 Nivel Hospitalario de las presentes condiciones generales.

En caso de tener una penalización en el coaseguro por dos o más de los siguientes supuestos, se aplicará el porcentaje de la penalización más alto al que sea acreedor el asegurado sin aplicar tope de coaseguro:

- Atención en una red hospitalaria mayor, y/o
- Atención en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro.

7. EXCLUSIONES GENERALES

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

- A. Los gastos originados por padecimientos preexistentes.**
- B. Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional, salvo lo estipulado en los numerales 9.1 Emergencia en el Extranjero, 9.4 Cobertura Internacional y 10.2 Asistencia en Viaje.**
- C. Los gastos originados por malformaciones o padecimientos congénitos, a excepción de lo mencionado en el numeral 4.6.4, Padecimientos o Malformaciones Congénitas.**
- D. Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico, salvo lo mencionado en los numerales 4.6.16, Padecimientos psicológicos y/o psiquiátricos.**
- E. Estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, así como problemas de conducta, aprendizaje y lenguaje cualquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, salvo lo estipulado en el numeral 4.5.16 Padecimientos Psicológicos y/o Psiquiátricos.**
- F. Tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel**

de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.

- G. Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia y acné, salvo lo estipulado en los numerales 4.6.10 Complicaciones de tratamientos no cubiertos y 4.6.15 Ayuda por acné conglobata.**
- H. Tratamientos dietéticos, médicos, farmacológicos y/o quirúrgicos, para reducción y/o control de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa, salvo lo estipulado en el numeral 4.6.13 Cirugía bariátrica.**
- I. Los gastos originados por maternidad subrogada, cualquiera que sea su causa.**
- J. En el caso de trasplante de órganos no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que reciba.**
- K. Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, cualquiera que sea su causa.**
- L. Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.**
- M. Los gastos originados por tratamiento con fines profilácticos y preventivos, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, los medicamentos para la disfunción eréctil (salvo que éstos se presenten como complicación de una enfermedad cubierta por la póliza), salvo lo especificado en el numeral 4.6.18 Ayuda para estudios diferenciales.**
- N. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación.**
- O. Los gastos originados por cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato,**

salvo lo indicado en el numeral 4.6.10 Complicaciones de tratamientos no cubiertos

- P. Gastos no relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos y dermocosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, depósito en garantía, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de equipo de grabación o fotografía, 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 de cualquier tipo ante registro civil.**
- Q. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- R. Lesiones autoinfligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.**
- S. Los gastos originados por reposición de prótesis, salvo lo mencionado en el numeral 4.5.4 Prótesis**
- T. Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, terrorismo, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto. Cabe mencionar que para que las lesiones producidas por asalto no formen parte de esta exclusión, deberán ser notificadas al Ministerio Público y serán consideradas como accidente.**
- U. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.**
- V. Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- W. Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.**

- X. No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas, exceptuando lo indicado en los numerales 4.6.10 Complicaciones de tratamientos no cubiertos y 4.5.4 Prótesis.**
- Y. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares salvo lo estipulado en el numeral 4.5.2 Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares.**
- Z. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 4ª “Gastos Médicos Cubiertos” incluyendo cualquier gasto realizado por parte de los acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.**
- AA. No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido, bajo la cobertura del presente contrato de seguro.**
- BB. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
- CC. Cualquier gasto derivado de un padecimiento en el que se haya requerido corroboración de diagnóstico y/o procedimiento y ésta no se realice, salvo lo estipulado en la definición Corroboración de diagnóstico y/o procedimiento**
- DD. Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.**
- EE. Siniestros que administre o pague un tercero no autorizado por MAPFRE para hacerlo.**
- FF. Cualquier gasto cuando la persona no cumpla con la definición de colectividad estipulada dentro de la carátula de póliza.**
- GG. No serán cubiertos los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados:**

- a) **Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- b) **En la práctica amateur o profesional de Tauromaquia, Deportes Aéreos y Automovilismo.**
- c) **Como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**

HH. Las propias mencionadas en cada cobertura.

8. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico- quirúrgicos, según el plan contratado.

De acuerdo con el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario tiene un plazo máximo de 5 días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro para dar aviso por escrito a MAPFRE, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso tan pronto como cese el impedimento.

9. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

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

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

9.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, MAPFRE reembolsará los gastos originados por una emergencia médica ocurrida en el extranjero hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada, o por un periodo máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado, lo que ocurra primero, según lo indicado en los tabuladores, mismos que han sido determinados por los organismos encargados de la salud, del país donde se atiende.

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

Para los recién nacidos esta cobertura operará a partir de los 31 días de nacido. No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la contratada en cualquier otro beneficio y será la que rija durante la vigencia de la póliza. En esta cobertura aplica deducible de acuerdo con la suma asegurada contratada para esta cobertura. En caso de su contratación, la suma asegurada y deducible se indicarán en la carátula de póliza. En esta cobertura puede operar el beneficio de Pago Directo.

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

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

9.2 MATERNIDAD

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, la asegurada contará con los beneficios descritos a continuación de acuerdo con la modalidad contratada:

- a) **Modalidad Indemnizatoria:** En caso de seleccionar esta modalidad, el asegurado recibirá una indemnización del total de la suma asegurada contratada para este beneficio indicada en la caratula de póliza, sin aplicar deducible, coaseguro ni tope de coaseguro, si cumple con lo siguiente:
 1. La asegurada cuente con al menos treinta y cuatro (34) semanas de gestación.
 2. Después de este periodo, se deberá entregar a MAPFRE un ultrasonido que avale dicho periodo de gestación, el cual, corre a cargo de la asegurada. El ultrasonido debe ser realizado en un laboratorio certificado o en una institución de salud legalmente establecida en la República Mexicana y deberá ser emitido en hoja membretada y con cedula del especialista radiólogo en ultrasonografía.
- b) **Modalidad Comprobación de gastos:** En caso de seleccionar esta modalidad, se ampararán los gastos erogados del parto, incluyendo parto normal o cesárea, aunque sea derivado de una maternidad asistida, este último siempre y cuando cumpla con la definición establecida en la sección 1. Definiciones. Dichos gastos estarán topados hasta la Suma

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

La inclusión de esta cobertura dentro del seguro se ve reflejada de manera individual dentro del desglose por asegurado de la póliza y no aplica ni deducible ni coaseguro.

Así mismo, en ambas modalidades se cubrirán los gastos erogados hasta \$5,000 pesos por los siguientes conceptos:

- a) Los gastos erogados por cunero, atención pediátrica y enfermería para el recién nacido sano.
- b) Circuncisión para el recién nacido sano.
- c) Fórmula láctea.

La edad de contratación en esta cobertura es a partir de los quince (15) años hasta los cuarenta y cuatro (44) años.

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

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

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

En caso de incremento de suma asegurada para este beneficio, la suma asegurada que se considerará será la suma asegurada vigente al momento del evento final,

Las complicaciones del embarazo se consideran como enfermedad de acuerdo con la sección 4, numeral 4.6.8, aplicando suma asegurada, deducible y coaseguro contratado en la cobertura básica.

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

9.3 INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, el asegurado obtendrá una base de tabulador de honorarios médicos y/o quirúrgicos por reembolso con que operan los diferentes planes de Gastos Médicos Mayores mayor a la que corresponda, conforme al porcentaje de incremento contratado.

9.4 COBERTURA INTERNACIONAL

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

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

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

Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier gasto erogado durante este periodo en el extranjero, no estará cubierto. La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la suma asegurada de cualquier otra cobertura, misma que aplicará junto con el deducible, coaseguro y tope de coaseguro indicados en la carátula de la póliza.

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

1. Los honorarios de médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con el plan contratado adicionando un ciento nueve por ciento (109%).
2. Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento proceda y se dé previo aviso a MAPFRE con un plazo de cinco (5) días hábiles anteriores a su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique el padecimiento y tratamiento a realizar.
4. El límite máximo para trasplantes es de \$ 10,000,000 pesos (diez millones de pesos 00/100 M.N.).

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

1. Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
2. En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:
 - a. El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales.
 - b. El coaseguro en este caso no tendrá tope.

9.5 PREVISIÓN MAPFRE

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, serán aplicables las siguientes consideraciones en caso de:

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

Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de un padecimiento cubierto, que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria, siempre y cuando se haya emitido un dictamen que acredite la invalidez por una institución de salud pública (IMSS o ISSSTE) o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia quedando como sustento la constancia de invalidez total y permanente.

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

En caso de cumplir con la definición de invalidez total y permanente, MAPFRE eximirá del pago de primas de la cobertura básica, al asegurado titular y a sus dependientes económicos asegurados en esta póliza, durante cuatro (4) años a partir del diagnóstico correspondiente, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- a) Para que la invalidez se considere válida, es necesario que dicha invalidez cumpla la definición establecida en la sección 1. Definiciones.
- b) El padecimiento que da origen al estado de invalidez no haya ocurrido o se haya diagnosticado previamente al inicio de vigencia del seguro, quedando cubiertos, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro.
- c) El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como ser ratificado por el médico que determine MAPFRE, de acuerdo con las condiciones del asegurado titular al momento de la reclamación. MAPFRE se reserva igualmente el derecho de exigir al asegurado titular pruebas médicas adicionales para corroborar el estado de invalidez, así como la debida comprobación de su edad si no se ha hecho la anotación en la póliza.

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

Las sumas aseguradas vigentes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular se mantendrán sin modificación durante el periodo que dure el beneficio

Para solicitar la emisión de su póliza individual el asegurado, dependiente y/o agente deberá asistir a la oficina de MAPFRE más cercana y solicitar dicha emisión.

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

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

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

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

9.6 REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

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

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

9.7 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura ampara la atención del asegurado en los Estados Unidos de América en los siguientes casos:

1. Al ser diagnosticado con una enfermedad neurológica y neuroquirúrgica, incluyendo los accidentes cerebro vasculares.
2. El asegurado requiera de una cirugía cardíaca y angioplastia.
3. El asegurado requiera tratamiento para el cáncer, incluyendo las quimioterapias y radioterapias.
4. El asegurado requiera un trasplante de algún órgano.
5. El asegurado requiera tratamiento médico quirúrgico derivado de un trauma mayor (politraumatismo), incluyendo las rehabilitaciones derivadas del mismo.
6. El asegurado requiera tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

Los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en la presente póliza, de acuerdo con la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza.

En caso de que, derivado de la atención de alguno de los padecimientos enunciados anteriormente y que el mismo sea procedente, el asegurado tuviera alguna complicación médica mientras se encuentre recibiendo atención médica dentro del hospital, se cubrirán los gastos erogados por dicha complicación hasta el mínimo entre la suma asegurada contratada para la cobertura y cuatrocientos mil (400,000) pesos mexicanos.

Adicionalmente a los periodos de espera establecidos en la sección 6. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera, se deberá de cumplir el periodo de espera de la presente cobertura, el cual es de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

Se aplicará la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios de acuerdo con la opción contratada adicionando un ciento nueve por ciento (109%).

Para los casos mencionados anteriormente, MAPFRE solicitará, además del diagnóstico hecho por un médico especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de auxiliares de diagnóstico en los que se haya basado el diagnóstico definitivo.

Para esta cobertura será requisito indispensable cumplir con lo establecido en la cláusula 6.8 Pago Directo, si el asegurado no cumple con dichos requerimientos, los gastos que procedentes se indemnizarán vía reembolso y serán reducidos al cincuenta por ciento (50%), una vez descontado el deducible y coaseguro aplicable. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción contratada adicionando un ochenta por ciento (80%).

Esta cobertura se podrá contratar a partir de los treinta y un (31) días de recién nacido.

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

- a) Fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular por participar directamente en actos delictivos intencionales o debido a padecimientos preexistentes a la contratación de la presente cobertura.**
- b) No se cubren padecimientos preexistentes a la fecha de contratación de esta cobertura.**

10. SERVICIOS ADICIONALES

10.1 CENTRAL MÉDICA

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

- Orientación médica en casos de accidentes o enfermedades.

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

No aplica deducible ni coaseguro.

10.2 ASISTENCIA EN VIAJE

Mediante la contratación expresa de este servicio se tendrá derecho a los beneficios de éste de acuerdo con lo siguiente:

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

Se deberá notificar al teléfono 55 54 80 38 14, las 24 horas de los 365 días del año, indicando su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

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

CLÁUSULAS:

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

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

TERCERA. Este servicio se extenderá a todo el mundo, teniendo un periodo de cobertura de 90 días naturales desde el inicio del viaje. En caso de que el viaje tenga una duración mayor al

periodo establecido, el asegurado deberá solicitar un endoso de extensión de cobertura y pagar la extraprima correspondiente.

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

- a) **Transporte o repatriación en caso de lesiones corporales o enfermedad.** Se satisfarán los gastos de traslado en ambulancia terrestre, de terapia intensiva, aérea o en el medio que considere más idóneo el médico que designe MAPFRE en coordinación con el médico tratante hasta el centro hospitalario adecuado o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual.
Cuando sea absolutamente imprescindible el servicio de ambulancia aérea, ésta se proporcionará únicamente dentro del territorio de la República Mexicana y desde Estados Unidos de Norte América y Canadá. Desde todos los países restantes, el traslado aéreo se efectuará en avión de línea comercial.
- b) **Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos).** Cuando el accidente o enfermedad de cualquiera de los asegurados impida la continuación del viaje, se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde éste se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.
Si alguna de dichas personas trasladadas o repatriadas fuera menor de 15 años y no tuviese quien la acompañe, a solicitud de cualquiera de los asegurados, MAPFRE proporcionará una persona idónea para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o al lugar de hospitalización.
- c) **Desplazamiento y hospedaje de un pariente del asegurado.** En caso de que la hospitalización por accidente y/o enfermedad fuese superior a cinco días, MAPFRE cubrirá los siguientes gastos:
 - 1. En territorio mexicano, el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte ágil, así como gastos de hospedaje a razón de \$ 800 pesos (ochocientos 00/100 m.n.) diarios, con máximo de \$3,000 pesos (tres mil pesos 00/100 M.N.).
 - 2. En el extranjero, el importe del viaje de ida y vuelta, así como el hospedaje a razón de 60 USD diarios, con un máximo de 600 USD.
- d) **Asistencia médica por enfermedad o accidente del asegurado en el extranjero.** En caso de enfermedad o accidente del asegurado durante su viaje al extranjero, MAPFRE sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos por el médico que lo atienda. El límite máximo por tales conceptos será de 15,000 USD por cada asegurado, sin deducible ni coaseguro.
- e) **Asistencia dental de Emergencia.** En caso de requerir el asegurado asistencia dental de emergencia, se sufragarán los gastos de atención de problemas odontológicos críticos hasta por 500 USD sin deducible ni coaseguro. Esta prestación se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria que requiera tratamiento de urgencia.
- f) **Prolongación del hospedaje del asegurado en el extranjero por accidente.** Se cubrirán los gastos del hotel del asegurado cuando como resultado de un accidente y por prescripción

médica, sea necesario prolongar el hospedaje en el extranjero por asistencia médica. Dichos gastos tendrán un límite de 60 USD diarios, con máximo de 600 USD.

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

- Cuando el deceso ocurra en territorio mexicano, MAPFRE realizará los trámites necesarios y cubrirá los gastos de traslado e inhumación del cadáver al lugar de residencia respectivo en territorio nacional. El límite máximo a cubrir por los conceptos mencionados será de \$40,000 pesos (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.)
- En caso de que el deceso ocurra en el extranjero, MAPFRE únicamente cubrirá los gastos de repatriación de los restos al lugar de residencia respectivo en territorio mexicano. El límite máximo por todos los conceptos mencionados será de 5,000 USD. También se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su respectivo domicilio o al lugar de inhumación, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

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

QUINTA. Exclusiones del servicio de Asistencia en Viaje:

- a) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**
- b) Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o alboroto popular.**
- c) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- d) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**
- e) Los servicios que el asegurado haya contratado sin el previo consentimiento de MAPFRE.**
- f) Los gastos médicos u hospitalarios dentro del territorio mexicano.**
- g) Las lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.**

- h) La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.
- i) La muerte o lesiones originadas directamente de actos realizados por el asegurado con dolo o mala fe.
- j) Tratamiento Médico o quirúrgico de padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.
- k) La asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.
- l) Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis y anteojos.
- m) Los gastos de asistencia por embarazo, parto y/o sus complicaciones.
- n) La asistencia y gastos derivadas de prácticas deportivas profesionales en competencias.
- o) Los alimentos, bebidas, llamadas telefónicas y otros gastos adicionales a los de cargo de habitación en el caso de hospedaje.

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

SÉPTIMA. Los servicios se prestarán:

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

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

10.3 DENTAL

Mediante la contratación de este servicio adicional, MAPFRE proporcionará por medio de un proveedor especializado con el cual ha celebrado un contrato amparando los servicios de carácter

correctivo dentales que a continuación se mencionan, siempre que se originen a causa de una patología dental por enfermedad o accidente, excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.

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

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

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

B. Exclusiones

- a) **Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.**
- b) **Medicamentos, anestesia general o sedaciones.**
- c) **Los proveedores de la cobertura Dental señalada por MAPFRE no amparan gastos hospitalarios.**
- d) **Cualquier tratamiento realizado por odontólogos fuera de la red de proveedores señalada por MAPFRE.**
- e) **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente a causa del asegurado.**
- f) **Resinas en dientes posteriores en adulto o las afecciones resultantes por la aplicación de éste tratamiento, con excepción de las resinas en cara oclusal del diente posterior si tiene contratada esta cobertura adicional.**
- g) **Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia de la póliza y en caso de fractura procederá a cargo del proveedor que se haya establecido por MAPFRE únicamente la extracción.**
- h) **Tratamientos de naturaleza experimental o investigación.**
- i) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.**

- j) **Tratamientos que no estén especificados dentro de la cobertura del plan contratado.**
- k) **Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.**
- l) **En esta cobertura no existen reembolsos.**
- m) **Atención fuera de la República Mexicana.**
- n) **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por Odontólogos fuera de la red odontológica establecida.**

C. Proceso para presentar una reclamación:

1. El asegurado elige al Odontólogo de red de su preferencia y solicita una cita.
2. El asegurado acredita su identidad en el consultorio mostrando identificación oficial (INE, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional liberada, cédula profesional y/o título profesional) y su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores de MAPFRE.
3. El Odontólogo recaba los datos generales del asegurado.
4. El Odontólogo solicita confirmación del servicio con el proveedor del servicio.
5. El call center del proveedor confirma el servicio, da autorización y las características del plan contratado.
6. El Odontólogo realiza diagnóstico y explica el plan de tratamiento.
7. El asegurado firma de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.
8. El Odontólogo complementa su diagnóstico y envía al proveedor los tratamientos realizados para su pago.

10.4 VISIÓN

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

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

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

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

B. Exclusiones

- a. Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.**
- b. Todos los gastos realizados por el asegurado por cualquier cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.**
- c. Cualquier reclamación presentada por servicios realizados fuera de la red de proveedores que se hayan establecido por MAPFRE.**
- d. En esta cobertura no existen reembolsos.**
- e. Cualquier tratamiento adicional a las micas indicadas en el punto A de esta cobertura**
- f. Lentes de contacto denominados gas permeable.**
- g. Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.**
- h. Atención fuera de la República Mexicana.**
- i. Lentes anti solares.**

j. Cualquier almacén mayor al tope en clave del plan contratado.

c. Proceso para presentar una reclamación:

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

11. CLÁUSULAS GENERALES

11.1 CLAÚSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

11.1.1 PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Para efectos de esta póliza, se entenderá como preexistencia aquella alteración de la salud:

1. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando MAPFRE cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate,

podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

2. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

Si el asegurado se sometió al examen médico para el seguro de Gastos Médicos Mayores; MAPFRE no excluirá padecimientos preexistentes que no hubiesen sido diagnosticados en el examen médico, salvo en los casos donde los gastos originados como consecuencias de un padecimiento o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los dos puntos anteriores mencionados dentro de esta misma cláusula.

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

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

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

11.1.2 PRIMAS

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

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

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

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

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

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación directa, corresponda al intermediario que ofrece el seguro. Dicha información podrá ser entregada por escrito o enviada a través de medios electrónicos en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

11.1.3 MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

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

11.1.4 ALTA DE ASEGURADOS

Se dará de alta a las personas que se hagan elegibles para formar parte de la colectividad asegurable siempre y cuando se encuentren dentro de los límites de admisión señalados en la sección 11ª, numeral 11.1.6 y el contratante dé aviso a MAPFRE dentro de los 30 días siguientes a su elegibilidad.

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

Si el asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la póliza siempre y cuando su alta en la póliza se realice dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del matrimonio y cumpla con la definición de colectividad, en otro caso, su inclusión a la póliza quedará sujeta a la aceptación por MAPFRE una vez presentados los requisitos de asegurabilidad requeridos por la compañía.

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

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

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

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

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

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

11.1.5 BAJA DE ASEGURADOS

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

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

- a)** Fallezca.
- b)** Se separe de la colectividad asegurable y/o deje de prestar sus servicios para el contratante.
- c)** Siendo cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del asegurado.
- d)** Siendo hijos asegurados, que tengan los treinta (30) años de edad o bien que contraigan matrimonio.

Para los casos anteriores, MAPFRE devolverá al contratante la parte de la prima de riesgo no devengada del asegurado dado de baja después de los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la fecha de baja del asegurado, salvo que dicho asegurado tuviere un siniestro reclamado durante la vigencia en la cual se está solicitando la baja, en cuyo caso se podrá deducir de la indemnización por dicho siniestro, el total de la prima devuelta.

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

De acuerdo con el Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, MAPFRE restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, salvo que dicho asegurado tuviere un siniestro reclamado durante la vigencia en la cual se está solicitando la baja, en cuyo caso se podrá deducir de la indemnización por dicho siniestro, el total de la prima devuelta.

Así mismo, en caso de que se detecte que algún asegurado dado de alta en la póliza, no cumpla con la definición de colectividad asegurable, MAPFRE lo dará de baja de manera inmediata desde la fecha en que se dio de alta, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, se devolverá al contratante en un plazo de treinta (30) días naturales, el cincuenta por ciento (50%) de la prima neta pagada por dicho asegurado y cualquier pago de siniestro que se haya realizado indebidamente por esta causa, obliga al contratante a reintegrarlo a MAPFRE

11.1.6 EDAD

El límite de edad de aceptación para nuevos asegurados es hasta los sesenta y cuatro (64) años, excepto para las siguientes coberturas:

- Para la cobertura Maternidad, la edad de aceptación tenga entre quince (15) y cuarenta y cuatro (44) años.
- Para la cobertura Cirugía bariátrica, la edad de aceptación tenga entre dieciocho (18) y sesenta (60) años.
- Para la cobertura Ayuda para menopausia y andropausia, la edad de aceptación tenga de cuarenta (40) a sesenta y cuatro (64) años.

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

Por lo que respecta a los hijos, estos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil o cumplan treinta (30) años, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en la sección 1. Definiciones

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 después de los primeros treinta (30) días naturales de vigencia de la póliza, salvo que dicho asegurado tuviere un siniestro reclamado durante la vigencia en la cual se detectó la inexacta declaración.

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

1. En caso de que el asegurado pague una prima menor por indicación inexacta de la edad, la obligación de MAPFRE reducirá en la proporción que haya entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del contrato
2. En caso de que MAPFRE haya satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos
3. En caso de que el asegurado pague una prima mayor por indicación inexacta de la edad, MAPFRE reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad
4. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, MAPFRE estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

11.1.7 PERIODO DEL SEGURO

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

11.1.8 PERIODO DE BENEFICIO

MAPFRE pagará los gastos complementarios por cada enfermedad y/o accidente cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza. En caso de cancelación o terminación de contrato por cualquier causa imputable al contratante y/o al asegurado, o a solicitud del contratante, o concluye la vigencia de la misma y ésta no es renovada y el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, MAPFRE no pagará los gastos incurridos posteriores a la fecha de cancelación o fecha de fin de vigencia de la misma póliza.

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

11.1.9 DIVIDENDOS

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

11.1.10 TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

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

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

11.1.11 RENOVACIÓN

MAPFRE podrá otorgar al contratante la renovación, la cual se sujetará a las mismas condiciones en que fueron contratadas; aplicando el incremento de tarifa que proceda para cada renovación siendo el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados, establecidos en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como las actualizaciones en el registro a la documentación contractual que corresponda y registrada ante dicho Organismo.

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

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

Se perderá el derecho a la renovación en cualquier momento si MAPFRE comprueba que hubo dolo o mala fe.

11.2 CLAÚSULAS OPERATIVAS

11.2.1 TERRITORIALIDAD

La presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento cubierto.

En caso de que la presente póliza contrate alguna las coberturas y/o asistencias mencionadas dentro de las cláusulas 9.1 Emergencia en el Extranjero, 9.4 Cobertura Internacional, 9.7 Enfermedades Catastróficas en el Extranjero y 10.2 Asistencia en Viaje, el póliza podrá aplicar para los gastos médicos realizados fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos

Mexicanos, siempre y cuando se trate de un padecimiento cubierto y dichos gastos se apeguen a los alcances de la(s) cobertura(s) contratada(s)

11.2.2 REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

MAPFRE podrá solicitar al asegurado o beneficiario la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, así como la corroboración de diagnóstico o procedimiento, de conformidad con los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

MAPFRE podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la pertenencia de los asegurados a la colectividad asegurable, con base en la definición establecida y/o la dependencia económica respecto al asegurado titular. En caso de reclamación por parte de algún asegurado que no cumpla la definición de colectividad asegurable, los gastos no serán procedentes, así mismo cualquier pago de siniestro que se haya realizado indebidamente por esta causa, obliga al contratante a reintegrarlo a MAPFRE.

11.2.3 TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Conforme a lo dispuesto por el artículo 214, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, MAPFRE pone a disposición del usuario (el "Usuario"), la celebración de operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos ("Medios Electrónicos") cuyo aviso de privacidad se encuentra en la página www.mapfre.com.mx, sujeto a las siguientes bases:

11.2.3.1 OPERACIONES Y SERVICIOS

Las operaciones y servicios que se podrán llevar a cabo con MAPFRE, a través de Medios Electrónicos (las "Operaciones Electrónicas"), son:

- Cotización de seguros;
- Solicitudes de contratación de seguros;
- Emisión de pólizas y endosos;
- Pago de primas;
- Recepción, consulta e impresión de condiciones generales; y
- Cancelación de pólizas y endosos.

11.2.3.2 MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACIÓN Y AUTENTICACIÓN.

Para la celebración de Operaciones Electrónicas, MAPFRE identificará y autenticará al Usuario, a través de distintas herramientas informáticas, dependiendo del Medio Electrónico y del tipo de Operación de que se trate, conforme a lo siguiente:

- Solicitando al Usuario proporcionar datos personales para su apropiada e inequívoca identificación.
- A través de cuestionarios practicados por operadores telefónicos, respecto a información que sólo Usuario conozca o deba conocer.
- Solicitando al Usuario ingresar o generar claves de acceso, números de identificación personales, folios y/o contraseñas.

A través de dispositivos biométricos, tales como lectores de huellas dactilares, geometría de la mano o patrones en iris o retina, entre otras. La realización de Operaciones Electrónicas, a través de los distintos medios de identificación y autenticación, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

MAPFRE se obliga a tratar la información proporcionada por el Usuario a través de Medios Electrónicos, con la debida confidencialidad y seguridad. Pudiendo compartir información con terceros, sólo para fines de cumplimiento a leyes o para la correcta prestación de los servicios aquí pactados.

El Usuario, por su parte, reconoce que MAPFRE no será responsable, en caso en que le proporcione información inexacta, insuficiente, incompleta o errónea; o bien, en caso de que el Usuario extravíe o facilite a terceros, la información necesaria para su identificación y autenticación.

De igual manera, MAPFRE no se hará responsable, en caso de que el Usuario no pueda realizar las mismas por causas que le resulten ajenas, como por caso fortuito o de fuerza mayor, por caídas generalizadas de los sistemas propios o del Usuario, fallas o deficiencias en equipos de cómputo y redes de telecomunicaciones, así como por errores, demoras o suspensiones, sean temporales o permanentes, en los servidores necesarios para la realización de las Operaciones en cuestión.

11.2.3.3 MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA NOTIFICACIÓN DE OPERACIONES ELECTRÓNICAS

Las Operaciones Electrónicas realizadas por el Usuario, serán notificadas por MAPFRE, a través de los medios de comunicación que el propio Usuario haya proporcionado para tal fin, tales como: direcciones de correo electrónico, mensajes de texto vía telefonía móvil o cualquier otra tecnología. Las notificaciones al Usuario sólo incluirán datos generales sobre la Operación Electrónica realizada, sin considerar domicilios o información completa respecto de los contratos celebrados. En ningún caso, MAPFRE transmitirá al Usuario contraseñas y números de identificación personal, a través de dichos medios de notificación, salvo que se encuentren debidamente cifrados, mediante métodos criptográficos en los que se utilicen algoritmos y llaves de encriptación. Los comprobantes emitidos y transmitidos electrónicamente por MAPFRE tendrán pleno valor probatorio y fuerza legal suficiente para acreditar la realización de la Operación de que se trate, su naturaleza, así como las características y alcance de sus instrucciones.

11.2.3.4 MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS DE CANCELACIÓN DE OPERACIONES ELECTRÓNICAS

En caso de que el Usuario desee cancelar la contratación de operaciones a través de Medios Electrónicos, podrá realizar dicha solicitud, por la misma vía por la cual se contrató. O bien, en

cualquier caso, vía telefónica al número indicado en el contrato de seguro correspondiente. Durante el proceso de cancelación, MAPFRE, solicitará la información necesaria para identificar al Usuario, así como los datos de la operación que desee cancelar. MAPFRE confirmará la cancelación, mediante la generación de un número de folio, mismo que será notificado al Usuario, por cualquier medio de comunicación señalado en el apartado anterior. El tiempo de respuesta dependerá del Medio Electrónico elegido por el Usuario para la cancelación. No obstante, este no podrá exceder de setenta y dos (72) horas hábiles.

11.2.3.5 RESTRICCIONES OPERATIVAS

MAPFRE se reserva el derecho de restringir o modificar la celebración de Operaciones Electrónicas y/o el uso de Medios Electrónicos, principalmente por situaciones de seguridad y protección de información del Usuario.

11.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES

11.3.1 COMPETENCIA

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

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

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

11.3.2 PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

11.3.3 MONEDA

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

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

11.3.4 OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación las coberturas por padecimientos otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente instituciones, el asegurado no podrá recibir más del cien por ciento (100%) de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

11.3.5 NOTIFICACIONES

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

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

De acuerdo con el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro para dar aviso por escrito a MAPFRE, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso tan pronto como cese el impedimento.

De acuerdo con el Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, para el caso de los

Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la aseguradora podrá:

- I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta (30) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En caso de que el contratante cambie de giro o alguno de los asegurados cambia a una ocupación y derivado de ello no se cumpla con la definición de colectividad pactada al inicio de la contratación del presente seguro,, el contratante deberá avisar por escrito a MAPFRE; quien en su caso se reserva el derecho de cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación, al modificar la definición de colectividad pactada inicialmente. Si MAPFRE acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

11.3.6 INTERÉS MORATORIO

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

11.3.7 SUBROGACIÓN

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

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

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

11.3.8 MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

11.3.9 REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

MAPFRE podrá solicitar al asegurado o beneficiario la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, así como la corroboración de diagnóstico o procedimiento con apego a la definición "corroboración de diagnóstico y/o procedimiento" mencionado en la cláusula 1. Definiciones, de conformidad con los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

11.3.10 ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

1. De manera personal al momento de contratar el seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que MAPFRE utilice para el efecto pudiendo ser correo certificado o correo ordinario.
3. Al correo electrónico indicado por el contratante en la solicitud del seguro.

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

Si el asegurado y/o contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos 55 5230 7000 en la Ciudad de México, o al 800 0 MAPFRE (627 373) para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.mapfre.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

11.3.11 CLAÚSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos de acuerdo con el artículo 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, faculta a MAPFRE para considerar agravado esencialmente el riesgo.

Además de acuerdo con el artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

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

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

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

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

11.3.12 UNIDADES DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

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: 55 5230 7090 o 800 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, con correo electrónico une@mapfre.com.mx

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) Domicilio: Avenida Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfono: En la Ciudad de México al 55-5340- 0999 y dentro de la república al 800-999-8080. Página web: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

12. ANEXO DE LEYES

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

12.1 LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

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

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 69.- 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 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se

observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

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

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.2 LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

- I.** Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II.** Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a)** Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b)** Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

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

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

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

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

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

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

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

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

12.3 REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

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

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

- I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:
El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación.
 - a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

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

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

- b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;
- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación
- III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de

riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la aseguradora de que se trate.

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

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

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

- a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;
- b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y
- c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.4 LEY MONETARIA

Artículo 8.- La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán

ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

12.4 CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS

Artículo 4.5.6.- Tratándose de seguros de gastos médicos, las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas deberán, además de cumplir con lo previsto en las presentes Disposiciones, observar lo siguiente:

VII. Atendiendo a que los periodos de espera deben tener como único objeto la adecuada selección de riesgos y la eliminación de posibles casos de preexistencia, las pólizas de los productos de seguros de gastos médicos no podrán establecer periodos de espera para el caso de accidentes o urgencias médicas, según se definan en la póliza, que se compruebe ocurrieron dentro de la vigencia de la misma. En este caso, será obligación de la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista cubrir los gastos médicos hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, a partir de la fecha de inicio de vigencia o a partir de la fecha de alta del mismo;

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 202 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO DE SEGUROS, QUEDARON REGISTRADAS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, A PARTIR DEL DÍA 22 DE MAYO DE 2025 CON NÚMERO CNSF-S0041-0164-2025/CONDUSEF-006866-03.

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
55 5230 70 00**

**del Interior de la República
SIN COSTO**

8000 627373

www.mapfre.com.mx

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES