



ACCIDENTES Y
ENFERMEDADES



MAPFRE

CONDICIONES GENERALES



PROTECCIÓN MÉDICA



A TU MEDIDA

PME

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. DEFINICIONES	3
2. OBJETO DEL SEGURO	8
3. CONTRATO	8
4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	8
5. COBERTURA BÁSICA	8
5.1. Gastos Hospitalarios	8
5.2. Honorarios Médicos	9
5.3. Medicamentos	9
5.4. Auxiliares de diagnóstico	9
5.5. Ambulancia	9
5.6. Rehabilitaciones	10
5.7. Gastos adicionales cubiertos por la cobertura básica	10
5.8. Eventos sujetos a condiciones particulares	10
6. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	12
6.1. Periodo de espera de treinta (30) días	12
6.2. Periodo de espera de seis (6) meses	12
6.3. Periodo de espera de diez (10) meses	13
6.4. Periodo de espera de doce (12) meses	13
6.5. Periodo de espera de veinticuatro (24) meses	13
6.6. Periodo de espera de cuarenta y ocho (48) meses	14
7. LIMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO	14
7.1. Suma Asegurada	14
7.2. Deducible	14
7.3. Coaseguro	14
7.4. Tope de Coaseguro	14
7.5. Criterio de aplicación de deducible, coaseguro y tope de coaseguro	14
7.6. Red Hospitalaria	15
7.7. De los honorarios médicos quirúrgicos	16
7.8. Del estado de atención	16
7.9. Del Pago Directo	17
7.10. Del pago vía Reembolso	17
8. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO	18
8.1. Protección Total	18
8.2. Protección Plus	19
8.3. Protección Alternativa	19
8.4. Accidentes en Medios de Transporte	20
8.5. Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios	21
8.6. Atención Nacional Total	22
8.7. Tabulador Adicional	22
8.8. Reducción de Deducible por Accidente	22
8.9. Eliminación de Deducible para Enfermedades Graves	22
8.10. Maternidad	23
8.11. Pago de Complementos	23
8.12. Cobertura Internacional	24
8.13. Emergencia en el Extranjero	24
8.14. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero	25
8.15. Muerte Accidental	25

8.16. Pérdidas orgánicas	26
8.17. Gastos de Sepelio	26
8.18. Previsión	27
9. SERVICIOS ADICIONALES	28
9.1. Contact Center	28
9.2. Asistencia en Viaje	28
9.3. Servicio Dental	31
9.4. Servicio Visión	32
10. EXCLUSIONES GENERALES	32
11. CLAUSULAS GENERALES	36
11.1. Cláusulas de Interés para el Contratante y el Asegurado	36
11.1.1. Padecimiento Preexistente	36
11.1.2. Primas	36
11.1.3. Movimiento de Asegurados	37
11.1.4. Alta de Asegurados	37
11.1.5. Baja de Asegurados	38
11.1.6. Edad	38
11.1.7. Periodo del seguro	39
11.1.8. Periodo de Beneficio	39
11.1.9. Terminación anticipada de contrato	39
11.1.10. Renovación	40
11.2. Cláusulas Operativas	40
11.2.1. Territorialidad	40
11.2.2. Residencia	40
11.2.3. Requerimiento de documentación	40
11.2.4. Términos y Condiciones para el uso de Medios Electrónicos	40
11.3. Cláusulas Contractuales	42
11.3.1. Competencia	42
11.3.2. Prescripción	42
11.3.3. Moneda	43
11.3.4. Otros seguros	43
11.3.5. Notificaciones	43
11.3.6. Interés Moratorio	44
11.3.7. Subrogación	44
11.3.8. Modificaciones al contrato	44
11.3.9. Entrega de información	44
11.3.10. Agravación de riesgo	44
11.3.11. Unidades de atención al asegurado	45
12. ANEXO DE LEYES	45
12.1. Ley sobre el Contrato de Seguro	45
12.2. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas	47
12.3. Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades	50
12.4. Ley Monetaria	51

1. DEFINICIONES

1.1 MAPFRE. En lo sucesivo se entenderá por **MAPFRE** a la aseguradora **MAPFRE MÉXICO, S.A.**

1.2 ABORTO INVOLUNTARIO. Ocurre cuando se interrumpe el embarazo de forma espontánea antes de la semana veinte (20) de gestación ciento treinta y tres (133) días con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos).

1.3 ACCIDENTE. Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia. Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

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

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

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

1.6 CESÁREA. Se refiere a la obtención del producto de manera artificial, consistiendo 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 de acuerdo al plan contratado.

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

1.8 COASEGURO. De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible, el cual se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 7 numeral 7.3, que se especifica en estas condiciones generales.

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

1.10 COFEPRIS. Es un órgano que se encarga 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.

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

1.12 CONTACT CENTER. Servicio de asistencia telefónica que se otorga para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer asistencia telefónica las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional.

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

1.14 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.

1.15 DEDUCIBLE. De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado, la cual se encuentra establecida en la caratula de póliza. El deducible se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 7 numeral 7.2, que se especifica en estas condiciones generales.

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

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

1.18 DOMICILIACIÓN BANCARIA. Autorización otorgada por el contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

1.19 DOLO. Realizar voluntariamente la comisión de un acto o acción con pleno conocimiento de causa para (configurar / originar) un daño hacia un tercero.

1.20 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. Es toda emergencia médica que ocurra fuera del territorio nacional, siempre y cuando la estancia sea con fines distintos a la atención.

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

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

1.23 ENFERMEDAD. Es 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, protrusión 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 treinta (30) días de ocurridas.
- Complicaciones del embarazo.

1.24 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. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un sólo evento.

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

1.26 ESTADO DE CONTRATACIÓN. Es el estado de residencia utilizado por **MAPFRE** para el cálculo de la prima.

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

1.28 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.

1.29 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.

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

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

1.32 HOSPITALES DE RED. Son los indicados en el Directorio de Prestadores de Servicios a los que se tiene derecho de acuerdo al plan y estado contratado. Dicha información puede ser consultada a través del centro de atención telefónica Contact Center o en la página de Internet: www.mapfre.com.mx

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

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

1.35 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 y que sea adquirido a través de un distribuidor autorizado por el laboratorio que lo fabrica.

1.36 MÉDICO. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado, que puede ser Médico General, Especialista Certificado y/o Cirujano Certificado en la materia en la cual va a ejercer el procedimiento.

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

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

1.39 MÉDICO DE RED. Médico que celebre o mantenga convenio con **MAPFRE** para dar trato preferencial a sus asegurados. Esta información se obtiene a través del Contact Center.

1.40 MUERTE ACCIDENTAL. Se entenderá por muerte accidental del asegurado a la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado, que le origine directamente la muerte, siempre que ésta ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

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

1.42 PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Padecimientos contraídos y/o manifestados antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza). Dichos padecimientos se apegarán a lo establecido en la cláusula general 11.1.1.

1.43 PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente **MAPFRE** al prestador de servicios, siempre y cuando se trate un hospital de red y/o un médico de red, por la atención médica o quirúrgica de padecimientos cubiertos por el contrato, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el apartado 7. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.

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

1.45 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.

1.46 PERIODO AL DESCUBIERTO. Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas, con base en lo establecido en la Definición 1.48 Periodo de Gracia. Dicho periodo comienza desde la fecha de inicio de vigencia del (los) recibo(s) no pagado y finaliza hasta la fecha de pago de la prima.

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

1.47 PERIODO DE ESPERA. Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza antes de considerar cubiertos los gastos por las enfermedades que se enuncian en la sección 6. **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA.** Este periodo de espera opera para cada asegurado.

1.48 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.

Para el caso de las altas de recién nacidos, cuya definición se establece en las presentes condiciones generales, si no hubiere sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los quince días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento adicionales a los treinta días mencionados en el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

1.49 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.

1.50 PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES. La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

1.51 PROCEDIMIENTO Y/O TRATAMIENTO DE VANGUARDIA. Es aquel procedimiento o tratamiento que utiliza técnicas novedosas y avanzadas en el ámbito médico y que supone la utilización de medicamentos, equipos y/o materiales de reciente desarrollo, que deben contar con la aprobación para su uso y aplicación en padecimientos específicos y que cuenten con la certificación de la autoridad sanitaria competente.

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

1.53 PRÓTESIS. Pieza o dispositivo que reemplaza a un órgano o miembro y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad del órgano o miembro original.

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

1.55 RECIÉN NACIDO. Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de cuarenta y cinco (45) días de haber nacido.

1.56 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. Es el periodo 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 periodo de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante deberá comprobar a **MAPFRE** que durante ese periodo la(s) prima(s) 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 periodos 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 periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

El reconocimiento de antigüedad no aplica para padecimientos preexistentes. La antigüedad reconocida para cada asegurado se indicará en la póliza.

1.57 REEMBOLSO. Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes bajo los términos establecidos en la cláusula 7.10 Del pago vía Reembolso de la sección 7. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.

1.58 REHABILITACIÓN. Tratamientos médicos de rehabilitación física realizados en centros especializados y certificados por la Secretaría de Salud, dichos tratamientos deben ser indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado.

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

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

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

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

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

1.64 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS. Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos, de acuerdo al plan contratado y el mismo únicamente operará cuando las reclamaciones sean por algún padecimiento cubierto. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Esta lista podrá actualizarse y puede ser consultada y descargada en nuestro portal www.mapfre.com.mx.

1.65 TOPE DE COASEGURO. Es la cantidad máxima que paga el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto. El valor del Tope de Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Tope de Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 7 numeral 7.4, que se especifica en estas condiciones generales.

1.66 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.

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

1.68 VIH. Se considera que una persona está infectada por el Virus de Inmuno deficiencia humana (VIH) cuando en una prueba serológica (ELISA) el resultado es positivo y esto es confirmado mediante una prueba suplementaria de Western Blot.

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

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, bajo los lineamientos establecidos en las presentes condiciones generales, en la carátula de póliza y los 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 vigencia de la póliza, o;
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto al padecimiento 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 las presentes condiciones generales, la carátula de póliza, la solicitud que el contratante ha firmado y entregado a **MAPFRE**, los consentimientos que los asegurados titulares 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 al Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado puede pedir rectificación sobre el contenido de su póliza dentro de los primeros 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 conceptos establecidos dentro del presente documento, 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 las presentes condiciones generales.

5. COBERTURA BÁSICA

5.1 Gastos Hospitalarios

5.1.1. 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 se encuentre en el cuarto privado estándar.

5.1.2. Cuarto Privado Estándar. Gastos originados por cuarto privado estándar y alimentos para el paciente en territorio nacional.

5.1.3. Estancia en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios. Gastos originados por estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.

5.1.4. Sala de operaciones, recuperación y curaciones. Gastos originados por sala de operaciones, recuperación y curaciones.

5.1.5 Renta de equipo de hospital y suministros. Gastos originados por renta de equipo de hospital y suministros que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del asegurado, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

5.2 Honorarios Médicos

5.2.1. Honorarios de enfermera. Se cubrirán los honorarios de enfermera de acuerdo al tabulador contratado, pudiendo amparar las veinticuatro (24) horas al día en diversos turnos (máximo tres (3)) y hasta un máximo de treinta (30) días naturales. El servicio prestado de enfermera siempre deberá ser intra-domiciliario.

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

5.2.3. Honorarios quirúrgicos. Se cubrirán los honorarios quirúrgicos hasta la cantidad señalada en el tabulador de honorarios médicos contratado para los procedimientos detallados en el mismo, los cuales incluirán todas las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anesthesiólogos, instrumentistas y circulantes, así como las consultas que se originan por el procedimiento quirúrgico hasta 15 días posteriores al alta hospitalaria. Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente, se valorarán por similitud.

5.3 Medicamentos

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

5.4 Auxiliares de diagnóstico

Estarán cubiertos los gastos originados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, o cualquier otro que esté medicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o se encuentren en fase de investigación. La cobertura de estos auxiliares de diagnóstico se otorgará con base en las normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica mexicanas e internacionales.

5.5 Ambulancia

5.5.1 Ambulancia terrestre. Se cubrirán los gastos por uso de ambulancia terrestre cuando el asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado, siempre y cuando sea consecuencia de una emergencia médica de un padecimiento cubierto y dentro de los límites de la República Mexicana, así como que el asegurado 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.

Esta cobertura contempla un servicio de ambulancia terrestre sin costo por asegurado y por vigencia, en caso de requerirse dicho traslado derivado de una emergencia médica, será necesario comunicarse Contact Center a los teléfonos 55 5246 7502 desde el área metropolitana y al 800 36 500 24 desde el interior de la república. Los servicios de ambulancia adicionales se cubrirán vía reembolso, aplicando el coaseguro contratado para la cobertura básica.

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

Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso y 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 de coaseguro.

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

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

5.6 Rehabilitaciones

Se cubrirán los gastos por rehabilitación a causa de un padecimiento cubierto, siempre y cuando sean:

1. Consecuencia directa de un padecimiento cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.
2. Prescritos por el médico tratante.
3. Proporcionados por personal y/o instituciones médicas especializados en la rehabilitación de la especialidad que se trate y que estén legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

5.7 Gastos adicionales cubiertos por la cobertura básica

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

5.7.1 Consumo de oxígeno y por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes siempre que estas sean prescritas por el médico tratante.

5.7.2 Gastos por trasplante de órganos hasta la suma asegurada contratada o cuatro millones de pesos mexicanos (\$4,000,000.00) lo que sea menor, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura básica, cubriendo únicamente los gastos del receptor del órgano en caso de que éste sea el asegurado, así como los del donador exclusivamente por el procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, gastos relacionados con las pruebas de compatibilidad entre el donador y el asegurado, gastos de recuperación intrahospitalaria, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación al asegurado.

5.7.3 Gastos erogados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, siempre y cuando se requieran como consecuencia directa de un accidente cubierto o una complicación de una enfermedad cubierta.

5.7.4 Apoyo por Maternidad. Se ampararán los gastos erogados por el evento final al que se llegue por embarazo, trátase de parto normal o cesárea, ya sea de la titular, esposa, concubina o hija asegurada del titular, siempre y cuando estén amparadas en la póliza, teniendo como límite \$15,000 (quince mil pesos mexicanos), sin aplicar deducible ni coaseguro. Esta cobertura aplica únicamente en territorio nacional y franja fronteriza, en caso de que los gastos se hayan erogado en franja fronteriza, únicamente se cubrirán a través de reembolso.

El periodo de espera 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 no opera para esta cobertura.** La inclusión de esta cobertura dentro del seguro será para todas las aseguradas que tengan a partir de dieciocho (18) y hasta cuarenta y cuatro (44) años de edad

5.8 Eventos sujetos a condiciones particulares

5.8.1 Hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza. Quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida con **MAPFRE** al momento del parto o cesárea, se reporte el nacimiento durante los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 11.1.2 Primas de la sección 11. Cláusulas generales.

Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado. El plazo máximo con que cuenta el asegurado o contratante para dar aviso por escrito a **MAPFRE** de dicho evento será durante los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento. Si transcurrido este plazo MAPFRE no ha recibido ninguna comunicación, la protección del hijo recién nacido quedará sin efecto.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de **MAPFRE**, una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes, y al pago de la prima de conformidad a la cláusula 11.1.2 Primas de la sección 11. Cláusulas generales.

En adición a la sección 10. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara:

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

b. Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto o excluido de la madre asegurada.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

5.8.2 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%).

c) Sí las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, los honorarios quirúrgicos de las cirugías serán cubiertas hasta el cien por ciento (100%).

d) En caso de requerirse una tercera o más cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios quirúrgicos quedaran a cargo del asegurado. Esto no aplica en caso de pacientes declarados como politraumatizados.

5.8.3 Politraumatismo. Si se requiere la intervención de uno o más especialistas, los honorarios de éstos serán cubiertos al cien por ciento (100%) del tabulador.

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

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

Estos gastos 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 10ª Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara:

1. Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad. Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o esterilidad el embarazo múltiple, por lo tanto los gastos por los nacimientos prematuros, a consecuencia de estos tratamientos, no estarán cubiertos.

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

5.8.5 Segunda opinión médica. El asegurado podrá corroborar el diagnóstico inicial de cualquier padecimiento amparado, por medio de médicos especialistas que el asegurado designe libremente de entre los médicos de red con MAPFRE. Este beneficio se cubrirá vía reembolso sin necesidad que se rebase el deducible contratado.

5.8.6 Segunda valoración médica. A solicitud de **MAPFRE**, el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico inicial del padecimiento a tratar previo al tratamiento médico y/o quirúrgico, por medio de médicos de red designados por **MAPFRE**. Este servicio se otorga sin costo alguno y se aplica en los casos donde MAPFRE lo considere conveniente. Para los siguientes padecimientos, en adición al periodo de espera que se estableciera en la sección 6 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA, en todos los casos el asegurado y sus dependientes deberán someterse a segunda valoración previa al tratamiento médico y/o quirúrgico:

- Padecimientos relacionados con nariz.
- Padecimientos relacionados con rodilla.
- Padecimientos relacionados con columna.
- Padecimientos relacionados con hombros.
- Trasplantes.
- Padecimientos que requieran prótesis.

6. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

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

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

6.1 Periodo de espera de treinta (30) días

Se cubrirán los gastos originados por las enfermedades cuyas primeras manifestaciones y 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 sea enfermedad preexistente. Esta limitación no opera en la renovación de la póliza.

6.2 Periodo de espera de seis (6) meses

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con seis (6) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente:

- a) Rodilla.
- b) Enfermedades ácido pépticas.

6.3 Periodo de espera de diez (10) meses

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando la madre asegurada cumpla con diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente:

- a) Padecimientos y malformaciones congénitas en el asegurado nacido en la vigencia de la póliza, de acuerdo a lo establecido en el punto 5.8.4 de las presentes condiciones generales.
- b) Apoyo por maternidad, de acuerdo a lo establecido en el punto 5.7.4. de las presentes condiciones generales.
- c) Maternidad, siempre y cuando la asegurada cuente con la cobertura 8.10. Maternidad, la cual estará indicada en la caratula de la póliza.

6.4 Periodo de espera de doce (12) meses

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con doce (12) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente.

- a) Ginecológicos.
- b) Complicaciones del embarazo.
- c) Insuficiencias del piso perineal.
- d) Vesícula y vías biliares.
- e) Litiasis del sistema urinario.
- f) Várices.
- g) Hipertensión Arterial.
- h) Diabetes Mellitus.
- i) Hernias inguinales, inguino escrotales y post incisionales.
- j) Glándulas mamarias. En caso de fibrosis quística mamaria o cualquier otra afección tumoral.
- k) Padecimiento de nariz y senos paranasales, siempre y cuando presenten fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico.
- l) Cirugía de pared y hernias abdominales.
- m) Cáncer.
- n) Padecimientos relacionados con la columna vertebral.

6.5 Periodo de espera de veinticuatro (24) meses

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con veinticuatro (24) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente:

- a) Circuncisión, siempre y cuando no sea con fines profilácticos. Para este padecimiento no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.
- b) Cataratas. Se considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a seis (6) meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.
- c) Amígdalas y adenoides.
- d) Ano rectales.
- e) Prostáticos y artritis reumatoide.
- f) Hallux valgus (juanetes).
- g) Aparatos auditivos, bajo los límites establecidos en la cláusula 8.1.1 Prótesis y aparatos ortopédicos de la sección 8. Coberturas opcionales con costo.
- h) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo), siempre que el asegurado tenga cinco (5) o más dioptrías en al menos uno de los ojos, presentándose un estudio de paquimetría o topometría corneal. Para este padecimiento no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

6.6 Periodo de espera de cuarenta y ocho (48) meses

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con cuarenta y ocho (48) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente:

- a) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) cuando el asegurado tenga menos de cinco (5) dioptrías. Para este padecimiento no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.
- b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH sean seropositivos y no hayan sido detectados antes o durante este periodo. Para este padecimiento se considerará como Suma Asegurada la contratada para la cobertura básica de la póliza al momento de iniciar los gastos, con un tope máximo de cuatro millones de pesos (\$4,000,000). Para este padecimiento no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

7. LIMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

7.1 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 hay ocurrido en la misma vigencia.

7.2 Deducible

Aplicará una sola vez en cada enfermedad o accidente cubierto. En toda reclamación por accidente se eliminará el deducible contratado cubriéndose desde el primer gasto erogado procedente, siempre y cuando el monto total de la(s) reclamación(es) supere(n) el deducible.

En caso de que el Contratante haya solicitado cambio de deducible y este sea superior al inicialmente contratado, para los gastos erogados procedentes a partir del cambio a consecuencia de siniestros ocurridos previos a la modificación correspondiente, el asegurado deberá cubrir el monto diferencial entre el nuevo deducible solicitado y el pagado hasta el momento de la reclamación realizada.

7.3 Coaseguro

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

7.4 Tope de Coaseguro

Cantidad máxima de coaseguro que aplicará por cada reclamación por padecimiento sea inicial o complementaria. En caso de que el Contratante haya solicitado cambio en el tope de coaseguro y este sea superior al inicialmente contratado, para los gastos erogados procedentes a partir del cambio a consecuencia de siniestros ocurridos previos a la modificación correspondiente, el asegurado deberá cubrir el monto diferencial entre el nuevo tope de coaseguro solicitado y el cubierto hasta el momento de la reclamación realizada.

7.5 Criterio de aplicación de deducible, coaseguro y tope de coaseguro

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

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

7.6 Red Hospitalaria

Es aquella red contratada por el asegurado, para acceder o recibir servicios médicos u hospitalarios indicada en la carátula de la póliza.

En caso de optar por recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria diferente a la contratada, el deducible aplicable será el contratado para la cobertura básica, el coaseguro que se aplicará para todos los gastos erogados dentro del hospital será el siguiente, dependiendo del plan contratado:

	Red donde recibe la atención			
Red Contratada	Esencial	Óptima	Completa	Amplia
Esencial	El contratado	El máximo entre el contratado y el 30%	El máximo entre el contratado y el 50%	El máximo entre el contratado y el 60%
Óptima	El máximo entre el contratado menos 10pp* y 0%	El contratado	El máximo entre el contratado y el 35%	El máximo entre el contratado y el 60%
Completa	El máximo entre el contratado menos 15pp* y 0%	El máximo entre el contratado menos 10pp* y 0%	El contratado	El máximo entre el contratado y el 50%
Amplia	El máximo entre el contratado menos 20pp* y 0%	El máximo entre el contratado menos 15pp* y 0%	El máximo entre el contratado menos 10pp* y 0%	El contratado

*pp= Puntos porcentuales / *Coa=Coaseguro

En caso de optar por recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria diferente a la contratada, el tope de coaseguro que se aplicará para todos los gastos erogados dentro del hospital será el siguiente:

	Red donde recibe la atención			
Red Contratada	Esencial	Óptima	Completa	Amplia
Esencial	El contratado	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*
Óptima	El contratado	El contratado	No aplica TC*	No aplica TC*
Completa	El contratado	El contratado	El contratado	No aplica TC*
Amplia	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado

*TC= Tope de coaseguro

En caso de optar por recibir la atención en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro, el deducible aplicable será el contratado para la cobertura básica, el coaseguro que se aplicará para todos los gastos erogados dentro del hospital será el máximo entre el contratado y sesenta por ciento (60%), sin aplicar tope de coaseguro. Además de lo anterior, no podrá otorgarse los beneficios de pago directo y cirugía programada establecidos en la cláusula 7.9. Del pago directo de la presente sección.

Para todos los gastos erogados fuera del hospital que hayan sido procedentes de acuerdo a las presentes condiciones generales, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura básica.

7.7 De los honorarios médicos quirúrgicos.

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 nivel de tabulador contratado, conforme a lo establecido en la cláusula 5.2 Honorarios médicos de la sección 5 Cobertura Básica. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.

7.8 Del estado de atención

Es aquella entidad de los Estados Unidos Mexicanos en el que el asegurado recibe la atención médica. En caso de optar por recibir la atención en un estado diferente al contratado, el coaseguro que se aplicará en los gastos erogados dentro del hospital será el siguiente:

Estado contratado	Estado donde recibe la atención						
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7
Grupo 1	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 2	10pp adicional al contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 3	10pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 4	20pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 5	30pp adicional al contratado	20pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 6	30pp adicional al contratado	30pp adicional al contratado	20pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	El contratado	El contratado
Grupo 7	30pp adicional al contratado	30pp adicional al contratado	30pp adicional al contratado	20pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	10pp adicional al contratado	El contratado

*pp = Puntos porcentuales

*Grupo 1: Cd. de México y Zona Conurbada.

*Grupo 2: Nuevo León y Jalisco.

*Grupo 3: Estado de México (Excepto Zona Conurbada).

*Grupo 4: Hidalgo, Querétaro, Morelos y Guerrero.

*Grupo 5: Coahuila, Durango, Guanajuato, Michoacán, Nayarit y Tamaulipas.

*Grupo 6: Aguascalientes, Baja California Norte, Baja California Sur, Colima, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Sonora.

*Grupo 7: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Oaxaca, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Para los casos en los que de acuerdo al cuadro anterior aplique el coaseguro contratado, el tope de coaseguro aplicable será el contratado para la cobertura básica, para el resto de casos no se aplicará tope de coaseguro.

Cuando el asegurado requiera la atención médica y/o quirúrgica derivada por un accidente o emergencia médica, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado independientemente del estado de atención.

En caso de tener una penalización en el coaseguro por atención en una red hospitalaria mayor, en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro y/o en un estado distinto al contratado, se sumarán las penalizaciones y aplicará el máximo entre dicha suma y el setenta por ciento (70%), sin aplicar tope de coaseguro.

7.9 Del Pago Directo

Este beneficio se otorga para cubrir los gastos erogados dentro del hospital que se deriven por un padecimiento cubierto, siempre y cuando el asegurado cumpla con lo siguiente:

- 1) El asegurado opte por recibir la atención médica y/o quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada o en la red médica contratada preferente.
- 2) El motivo de la atención médica y/o quirúrgica sea derivado de una enfermedad, accidente o emergencia médica cubierta.
- 3) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención, rebasen el deducible contratado.
- 4) Se comunique a "Contact Center" a los teléfonos 55 5246 7502 desde el área metropolitana y al 800 36 500 24 desde el interior de la república, solicitando este beneficio. En caso de que el asegurado no se comunique previo al ingreso hospitalario, se podrá acceder al beneficio de pago directo, aplicando para los gastos erogados dentro del hospital el deducible contratado y el coaseguro contratado más 30 puntos porcentuales sin tope de coaseguro. En el caso de accidente o emergencia médica, no aplicará el cobro al asegurado del coaseguro adicional mencionado anteriormente.

Adicional a lo anterior, para el caso de las "cirugías programadas" se deberá cumplir:

5) Enviar a **MAPFRE** con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital elegido, los siguientes documentos:

- a) Informe médico
- 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.

6) Notificar 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 opcional con costo 8.12 Cobertura Internacional siempre y cuando se cumpla con lo establecido en los puntos antes mencionados.

7.10 Del pago vía Reembolso

Se otorgará al asegurado siempre y cuando:

- 1) Se realice tratamientos médicos y/o quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los notificados para "Cirugía programada" y no haya dado aviso de dicho cambio.
- 2) Se traten de gastos complementarios a la atención intra-hospitalaria.
- 3) Al momento de la atención médica y/o quirúrgica la póliza no esté pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, siempre y cuando la póliza no presente periodo al descubierto.
- 4) El asegurado no opte por acceder al beneficio de pago directo.
- 5) Opte por obtener la atención médica y/o quirúrgica con médicos y hospitales fuera de la red médica contratada.

Si el asegurado opta por el pago vía reembolso, los gastos erogados dentro del hospital se indemnizarán aplicando el deducible contratado para la cobertura básica. El coaseguro aplicable para todos los gastos erogados dentro del hospital, será el contratado más treinta (30) puntos porcentuales sin aplicar tope.

En caso de tener una penalización en el coaseguro por atención en una red hospitalaria mayor, en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro, en un estado distinto al contratado y/o por optar por el pago vía reembolso, se sumarán las penalizaciones y aplicará el máximo entre dicha suma y el setenta por ciento (70%), sin aplicar tope de coaseguro.

8. 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 de la prima correspondiente. Todas las coberturas opcionales con costo están sujetas a las condiciones y exclusiones generales de la póliza, así como a las propias indicadas en cada una de ellas.

8.1 Protección Total

Esta cobertura es de contratación opcional y está conformada por los siguientes conceptos, los cuáles se indicarán en la caratula de póliza en caso de su contratación.

8.1.1 Prótesis y aparatos ortopédicos

Se ampararán los gastos erogados que resulten de aparatos ortopédicos y prótesis hasta la suma asegurada contratada, siempre y cuando se requieran durante la vigencia de la póliza como consecuencia de un padecimiento cubierto y se sometan a segunda valoración médica.

En caso de requerir la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis, quedarán cubiertos siempre y cuando:

1. **MAPFRE** hubiere pagado el primer aparato ortopédico y/o prótesis.
2. Hayan transcurrido por lo menos dos (2) años desde la última reclamación.

Si la reclamación fue a causa de una enfermedad cubierta, el coaseguro que se aplicará será el contratado más veinte (20) puntos porcentuales y no aplicará el tope de coaseguro contratado, en caso de accidente cubierto se aplicará el coaseguro y tope de coaseguro contratado.

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

8.1.2 Complicaciones de gastos no cubiertos

Esta cobertura ampara 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 contratada para esta cobertura e indicada en la carátula de la póliza, lo que ocurra primero:

1. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico.
2. Tratamientos médicos o quirúrgicos para la obesidad, anorexia y bulimia.
3. Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o corregir la calvicie.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
5. Tratamientos médicos o quirúrgico dentales, alveolares o gingivales y maxilares a consecuencia directa de un accidente no cubierto o como complicaciones de una enfermedad no cubierta.

En adición a la sección 10. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara gastos originados por emergencia médica derivada de tratamientos iniciados previo a la contratación de la póliza.

8.2 Protección Plus

Esta cobertura es de contratación opcional y está conformada por los siguientes conceptos, los cuáles se indicarán en la caratula de póliza en caso de su contratación.

8.2.1 Tratamientos reconstructivos y estéticos

Esta cobertura ampara los gastos erogados por tratamientos reconstructivos de carácter estético o plástico, siempre y cuando resulten indispensables y sean a consecuencia de un padecimiento cubierto.

8.2.2 Procedimientos de vanguardia

Esta cobertura ampara 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.

8.2.3 Extensión de enfermería

Mediante la contratación expresa de esta cobertura y el pago de la prima correspondiente, se extenderá el tiempo por concepto de honorarios de enfermería establecidos en la cláusula 5.2.1 Honorarios de enfermera de las presentes condiciones generales hasta un máximo de noventa (90) días naturales, bajo los mismos términos y condiciones establecidos en dicha cláusula.

8.3 Protección Alternativa

Esta cobertura es de contratación opcional y está conformada por los siguientes conceptos, los cuáles se indicarán en la caratula de póliza en caso de su contratación.

8.3.1 Homeopatía y Acupuntura

Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de homeopatía y acupuntura, siempre y cuando se realicen por un médico acupunturista y/o homeópata de acuerdo a la definición de éste, contemplada en la sección 1. Definiciones, pudiendo ser en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, homeópata o tratamientos quirúrgicos, y siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador, de acuerdo al nivel hospitalario y estado contratado.
- 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 10. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara los gastos erogados por tratamientos con acupuntura que exceda de los doce (12) meses contados a partir de la fecha de la primera consulta.

8.3.2 Quiropráctico

Se cubrirán los gastos originados por conceptos por atención de quiropráctico, pudiendo ser de forma paralela al tratamiento con medicina homeópata o acupuntura, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- Los tratamientos cubiertos estén enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
- El costo máximo por consulta o sesión será el que se marca en el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación de acuerdo al nivel hospitalario y estado contratado. En caso de requerirse, MAPFRE pagará hasta de lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 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.

8.3.3 Psicólogo y Psiquiatra

Esta cobertura ampara los gastos erogados por atención de daño psiquiátrico o psicológico, ansiedad y depresión, siempre que:

- El médico tratante presente el diagnóstico.
- Un médico psiquiatra o psicólogo confirme dicho diagnóstico.
- Ambos cuenten con los documentos oficiales que los acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).
- La atención se requiera a consecuencia de un padecimiento o accidente cubierto.
- La atención se podrán realizar de forma paralela con tratamientos médicos y quirúrgicos.

Están cubiertas hasta veinticuatro (24) consultas por año o hasta un máximo de dos (2) años contados a partir de la fecha de la primera consulta, lo que pase primero. El monto máximo a indemnizar por consulta será el indicado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo a la opción y estado contratado.

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 dos (2) años contados a partir de la fecha de la primera consulta o hasta un monto máximo de setenta mil pesos (\$70,000.00).

Los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

En adición a la sección 10. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara los honorarios del médico psiquiatra o psicólogo y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con los documentos oficiales que lo acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).

8.4 Accidentes en Medios de Transporte

Esta cobertura es de contratación opcional y está conformada por los siguientes conceptos, los cuáles se indicarán en la caratula de póliza en caso de su contratación.

8.4.1 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 vehículo similar 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 vehículo similar de motor como medio de transporte.
- c) En caso de siniestro será necesario presentar las actuaciones del ministerio público correspondientes.

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 la 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 indicadas en la cláusula 10. 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.

8.4.2 Accidentes en otros medios de transporte

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 alguno de los medios de transporte mencionados a continuación, ya sea como medio de transporte o para fines recreativos, sufra lesiones que ameriten recibir atención médica y/o quirúrgica.

Para efectos de la presente cobertura se considerarán como otros medios de transporte: bicicleta, scooter, patines, patineta, patineta eléctrica y segway.

Para los casos en los que el asegurado se encuentre usando algún medio de transporte de los mencionados anteriormente 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 la 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 indicadas en la cláusula 10. 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.

8.5 Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios

Quedarán amparados los gastos erogados hasta la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, 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 10. Exclusiones Generales, la presente cobertura no ampara cualquier gasto distinto a los enlistados en dicha cobertura.

8.6 Atención Nacional Total

Esta cobertura ampara los gastos erogados por atención hospitalaria en cualquier estado de la República Mexicana diferente al estado de contratación de la póliza, aplicando el coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura básica, por lo cual, el cuadro contenido en la cláusula 7.8. Del estado de atención, queda sin efecto. Los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en la presente póliza.

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.

8.7 Tabulador Adicional

A través de la presente cobertura, el asegurado obtendrá una base de tabulador de honorarios médicos y/o quirúrgicos adicional a la que corresponda para el presente seguro, la cual se establecerá en la carátula de la póliza y certificado.

8.8 Reducción de Deducible por Accidente

Esta cobertura reduce el deducible contratado para la cobertura básica para aquellos accidentes cubiertos, por lo cual, se amparan los gastos de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7.2 Deducible, considerando como deducible por accidente la diferencia entre el deducible contratado para la cobertura básica y el deducible contratado para la presente cobertura establecido en la carátula de la póliza. Dicha diferencia sustituye al deducible contratado para la cobertura básica para accidentes.

Este deducible aplica únicamente en territorio nacional y los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en la presente póliza.

8.9 Eliminación de Deducible para Enfermedades Graves

Mediante la contratación de esta cobertura, se devolverá al asegurado el monto que en su caso le haya sido cobrado por concepto de deducible, en aquellos siniestros en los que el diagnóstico sea por alguna de las siguientes enfermedades procedentes, siempre y cuando el siniestro ocurra mientras el asegurado tenga amparada esta cobertura:

- a)** Infarto al miocardio, el cual se define como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre valores normales de laboratorio.
- b)** Enfermedades vasculares cerebrales (EVC), el cual se define como una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Se clasifica en dos (2) subtipos: isquémica y hemorrágica.
- c)** Cáncer, el cual se define como aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, así como la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.
- d)** Tromboembolia pulmonar, el cual se define como la oclusión o taponamiento de una parte del territorio arterial pulmonar (vasos sanguíneos que llevan sangre pobre en oxígeno desde el corazón hasta los pulmones para oxigenarla) a causa de un émbolo o trombo que procede de otra parte del cuerpo
- e)** Esclerosis múltiple, el cual se define como una enfermedad auto inmunitaria que afecta el cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central).

En caso de que se cuente con el diagnóstico desde el momento de la primera reclamación, el deducible contratado se elimina para las enfermedades mencionadas, siempre y cuando el monto de los gastos erogados procedentes rebase el deducible contratado para la cobertura básica.

En adición a la sección 10. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara:

- a) Cualquier padecimiento no enlistado en la presente cobertura.**
- b) Cáncer de piel**
- c) Cualquier cáncer en etapa in situ.**

8.10 Maternidad

A través de esta cobertura, se otorgarán los siguientes beneficios:

1. Se indemnizará el monto de la suma asegurada contratada e indicada en la carátula de póliza y/o certificado sin aplicar deducible ni coaseguro, siempre y cuando la asegurada cuente con al menos treinta y cuatro (34) semanas de gestación al momento de la reclamación. Para avalar el periodo de gestación, se deberá presentar un ultrasonido realizado en un laboratorio debidamente certificado o en una institución de salud emitido en hoja membretada y con cédula del especialista radiólogo ultrasonografía. El costo de dicho ultrasonido corre a cargo de la asegurada.
2. Se cubrirán los gastos erogados por la atención intrahospitalaria del recién nacido sano hasta por cinco mil pesos (\$5,000.00) por concepto de cunero, atención pediátrica, enfermería y circuncisión, sin aplicar deducible ni coaseguro. El monto de este beneficio es independiente al de la suma asegurada para el evento de maternidad y para hacer uso del mismo, se contará con un periodo máximo de reclamación de treinta (30) días a partir de la fecha de parto, así mismo los gastos erogados deberán hacerse dentro del territorio nacional o en la franja fronteriza.

El periodo de espera 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 no opera para esta cobertura.

En caso de modificaciones en la suma asegurada para esta cobertura, el monto que se considerará será el que se haya contratado al menos diez (10) meses antes del evento final al que se llegue por embarazo.

La inclusión de esta cobertura dentro del seguro será para todas las aseguradas que tengan a partir de dieciocho (18) y hasta cuarenta y cuatro (44) años de edad.

8.11 Pago de Complementos

Esta cobertura ampara los gastos médicos erogados durante la vigencia de la presente póliza, derivados de padecimientos cubiertos y pagados en alguna póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo que haya sido emitida por esta u otra institución de Seguros con el mismo contratante y/o colectividad, siempre y cuando los gastos sean posteriores a la fecha de antigüedad reconocida para el asegurado en la presente póliza.

Los gastos estarán cubiertos bajo los términos y condiciones de la presente póliza, así mismo se deberán presentar los siguientes documentos:

1. Carta remanente del siniestro en donde se especifique la suma asegurada de la anterior póliza colectiva y la fecha de primeros síntomas o primeros gastos erogados.
2. Resumen clínico por parte del médico tratante donde se detalle el padecimiento a reclamar.
3. Formatos de reclamación e información adicional o estudios que sustenten los hechos relacionados con el siniestro, así como la corroboración del diagnóstico y/o procedimiento.

Esta cobertura tendrá como suma asegurada la cantidad mostrada en la caratula de póliza, la cual aplicará por cada asegurado y dicho límite se aplicará por cada siniestro reclamado y procedente bajo la presente cobertura, sin aplicar deducible y aplicando un coaseguro del veinte por ciento (20%) sin tope del mismo.

8.12 Cobertura Internacional

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

Para efectos de esta cobertura, se considerarán los periodos de espera indicados en la sección 6. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA de las presentes condiciones generales, los cuales empiezan a contar a partir de la contratación de la propia Cobertura Internacional.

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 mencionados 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 siniestro que ocurra durante ese periodo en el extranjero, no estará cubierto.**

Los gastos en el extranjero estarán cubiertos de acuerdo con lo siguiente:

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 al nivel contratado adicionando un setenta y tres por ciento (73%).
2. Cuarto semiprivado, sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento sea procedente 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 cuatro millones de pesos (\$4,000,000.00).
5. El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con MAPFRE, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:
 - Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
 - En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:
 - El asegurado deberá cubrir el deducible contratado y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta puntos porcentuales. El coaseguro en este caso no tendrá tope.
 - Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo al nivel contratado, adicionando un setenta y tres por ciento (73%).

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los setenta (70) años para pólizas nuevas, sin aplicar límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

8.13 Emergencia en el Extranjero

Esta cobertura ampara los gastos originados por una emergencia médica en el extranjero hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura o hasta un periodo máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado o hasta el término de la emergencia médica, lo que ocurra primero. Es importante señalar que la emergencia médica termina cuando el asegurado sale de la situación médica crítica que pone en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano del asegurado.

El límite de edad de aceptación es el establecido en la cláusula 11.1.6 Edad de la sección 11. Cláusulas generales, excepto para recién nacidos se podrá contratar a partir de los treinta y un (31) días de nacido.

Esta cobertura sólo ampara a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y no opera para asegurados cuya estancia fuera de la república mexicana sea mayor a noventa (90) días continuos. Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier siniestro que ocurra durante ese periodo en el extranjero, no estará cubierto.

La suma asegurada y el deducible que aplicarán son independientes y están indicados en la caratula de la póliza. Para los honorarios médicos se aplicará el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos de acuerdo a la opción y estado de contratación. No aplicará coaseguro ni tope de coaseguro.

La indemnización de esta cobertura podrá solicitarse de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 7.9 Del pago directo y 7.10 Del pago vía reembolso.

Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible contratado. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ciento nueve por ciento (109%).

Si el asegurado no coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible contratado. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ochenta por ciento (80%).

8.14 Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

A través de esta cobertura, se ampara la atención en los Estados Unidos de América en los siguientes casos:

- Al ser diagnosticado con una enfermedad neurológica y neuroquirúrgica, incluyendo los accidentes cerebro vasculares.
- Cuando el asegurado requiera de una cirugía cardíaca y angioplastia.
- Cuando el asegurado requiera tratamiento para el cáncer, incluyendo las quimioterapias y radioterapias.
- Cuando el asegurado requiera un trasplante de algún órgano.
- Cuando el asegurado requiera tratamiento médico y/o quirúrgico derivado de un politraumatismo, incluyendo las rehabilitaciones derivadas del mismo.
- Cuando el asegurado requiera tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

8.15 Muerte Accidental

A través de la presente cobertura, **MAPFRE** pagará a los beneficiarios designados del asegurado fallecido, o a falta de éstos, a la sucesión del asegurado, el importe de la suma asegurada contratada para esta cobertura en caso de muerte accidental del asegurado.

Este beneficio opera para cada integrante de la póliza y ampara la muerte accidental para personas a partir de doce (12) años y hasta setenta (70) años cuando es póliza nueva, sin aplicar límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

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

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

De acuerdo al artículo 169 de la Ley sobre el Contrato del seguro, en caso de que el contrato de seguro para el caso de muerte sea para una persona con al menos doce (12) años pero menor de edad, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra manera, el contrato será nulo.

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

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

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

8.16 Pérdidas orgánicas

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

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A" POR LA PÉRDIDA DE:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos:	100%
Una mano y un pie.....	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.....	100%
Una mano o un pie.....	50%
La vista de un ojo.....	30%
El pulgar de cualquier mano.....	15%
El índice de cualquier mano.....	10%

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

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

Esta cobertura podrá ser contratada desde el nacimiento y hasta los setenta (70) años en pólizas nuevas, sin aplicar límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

8.17 Gastos de Sepelio

A través de esta cobertura, en caso de que un asegurado fallezca a consecuencia directa de un padecimiento cubierto, **MAPFRE** indemnizará la suma asegurada contratada, sin aplicar deducible ni coaseguro.

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

Para los menores de doce (12) años se reembolsarán los gastos relacionados directamente con el sepelio, hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, que en ningún caso podrá ser mayor a ciento treinta y un mil pesos (131,000.00) a quien acredite haber efectuado dichos gastos. En caso de existir un remanente entre la suma asegurada y los gastos efectuados, el remanente se pagará al titular de la póliza. Los gastos se deben comprobar presentando los documentos originales que los acrediten.

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los setenta (70) años para pólizas nuevas, sin aplicar límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

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

8.18 Previsión

A través de esta cobertura, se obtendrá el beneficio de la misma si sucede alguna de las siguientes dos situaciones:

- a)** Por fallecimiento del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento cubierto durante la vigencia de la póliza, **MAPFRE** eximirá del pago de primas de la cobertura básica, únicamente a los dependientes económicos del asegurado titular asegurados en esta póliza y que formen parte de la colectividad asegurable, 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 póliza, MAPFRE eximirá del pago de primas de la cobertura básica, al asegurado titular y a sus dependientes económicos asegurados en esta póliza y que formen parte de la colectividad asegurable, durante cuatro (4) años a partir del diagnóstico correspondiente.

Invalidez Total y Permanente. Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de un padecimiento cubierto, que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria, y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia. Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente. Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Se entiende por pérdida de las manos, su anquilosis o separación a nivel de la articulación Carpo-Metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación Tibio-Tarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total, y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Beneficio. Para que la invalidez se considere plenamente válida, es necesario que el padecimiento que da origen al estado de invalidez no haya ocurrido o se haya diagnosticado previamente al inicio de vigencia del seguro, quedando cubiertos, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro. El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como ser ratificado por el médico de MAPFRE, de acuerdo con las condiciones del asegurado titular al momento de la reclamación.

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

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

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

En caso de siniestro previo a la ocurrencia de alguno de los eventos descritos en la presente 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). Para solicitar la emisión de su póliza individual el asegurado deberá asistir a la oficina de MAPFRE más cercana y solicitar dicha emisión.

Los rangos de edad del asegurado titular para los cuales se cubrirán los beneficios antes descritos son de dieciocho (18) a setenta (70) años. Una vez aceptado dentro de la póliza no habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable.

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

9. SERVICIOS ADICIONALES

Los siguientes servicios operan exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que están amparados y se realiza el pago de la prima correspondiente. Todos los servicios adicionales están sujetos a las condiciones y exclusiones generales de la póliza, así como a las propias indicadas en cada uno de ellos.

9.1 Contact Center

Este servicio se otorga a través de nuestro Contact Center para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer atención vía telefónica las veinticuatro (24) horas del día y durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a nivel nacional para:

1. Orientación médica en casos de accidentes o enfermedades.
2. Consulta médica para casos de padecimientos no graves.
3. Referencia de consulta médica domiciliaria.
4. Enlace y traslado en ambulancias terrestres vía reembolso siempre y cuando se requiera a causa de un padecimiento cubierto y rebase el deducible contratado.
5. Asesoría administrativa de hospitales de red y red preferente, médicos de red y red preferente, así como médicos supervisores de MAPFRE.
6. Referencia sobre consultorios médicos, laboratorios de análisis, diagnóstico y patología, ópticas y farmacias.

El deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura básica, no aplica para esta cobertura.

9.2 Asistencia en Viaje

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

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

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

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

SEGUNDA. El derecho a las prestaciones consignadas en este servicio solo surtirá efecto a partir de los 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 noventa (90) días naturales desde el inicio del viaje. En caso de que el viaje tenga una duración mayor al periodo establecido, el asegurado deberá solicitar un endoso de extensión de cobertura y pagar la extraprima correspondiente.

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

a) Transporte o repatriación en caso de lesiones corporales o enfermedad. Se satisfarán los gastos de traslado en ambulancia terrestre, de terapia intensiva, aérea o en el medio que considere más idóneo el médico que designe MAPFRE en coordinación con el médico tratante hasta el centro hospitalario adecuado o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual. Cuando sea absolutamente imprescindible el servicio de ambulancia aérea, ésta se proporcionará únicamente dentro del territorio de la República Mexicana y desde Estados Unidos de Norte América y Canadá. Desde todos los países restantes, el traslado aéreo se efectuará en avión de línea comercial.

b) Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos). Cuando el accidente o enfermedad de cualquiera de los asegurados impida la continuación del viaje, se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde éste se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje. Si alguna de dichas personas trasladadas o repatriadas fuera menor de quince (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, se cubrirán 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 ochocientos pesos (\$800.00) diarios, con máximo de tres mil pesos (\$3,000.00).
2. En el extranjero, el importe del viaje de ida y vuelta, así como el hospedaje a razón de sesenta dólares americanos (60 USD) diarios, con un máximo de seiscientos dólares americanos (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, se pagarán 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 quince dólares americanos (15,000 USD) por cada asegurado, sin aplicar 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 quinientos dólares americanos (500 USD), sin aplicar 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, en caso de que sea necesario prolongar el hospedaje en el extranjero por asistencia médica. Dichos gastos tendrán un límite de sesenta dólares americanos (60 USD) diarios, con máximo de seiscientos dólares americanos (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:

1. 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 cuarenta mil pesos (\$40,000.00)
2. 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 cinco mil dólares americanos (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.

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

QUINTA. Exclusiones del servicio de Asistencia en Viaje:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.**
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**
- c) Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o alboroto popular.**
- d) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- e) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**
- f) Los servicios que el Asegurado haya contratado sin el previo consentimiento de MAPFRE.**
- g) Los gastos médicos u hospitalarios dentro del territorio mexicano.**
- h) Las lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.**
- i) La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.**
- j) La muerte o lesiones originadas directamente de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.**
- k) Tratamiento Médico o quirúrgico de padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.**
- l) La asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.**
- m) Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis y anteojos.**
- n) Los gastos de asistencia por embarazo, parto y/o sus complicaciones.**
- o) La asistencia y gastos derivadas de practicas deportivas profesionales en competencias.**
- p) Los alimentos, bebidas, llamadas telefónicas y otros gastos adicionales a los de cargo de habitación en el caso de hospedaje.**

SEXTA. Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de las prestaciones garantizadas por este servicio, el asegurado solicitará a **MAPFRE** la asistencia correspondiente a los teléfonos **(55) 5480-3814 (por cobrar del extranjero) y 800-71-913-00 (dentro de la República Mexicana) las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (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.

9.3 Servicio 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. Los gastos amparados por esta cobertura son:

1. Consulta dental para fines diagnósticos a causa de accidente o enfermedad.
2. Los siguientes procedimientos siempre y cuando se siga un fin correctivo, a causa de una enfermedad o accidente, y que estén amparados en el endoso anexo de esta póliza.
 - i. Radiología.
 - ii. Operatoria Dental (amalgamas y/o resinas).
 - iii. Endodoncias.
 - iv. Cirugía dental.
 - v. Remoción de terceros molares.
 - vi. Periodoncia y Prostodoncia.
 - vii. Prótesis.

Exclusiones del Servicio Dental

- a) Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.
- b) Medicamentos, anestesia general o sedaciones, así como gastos hospitalarios.
- c) Cualquier tratamiento realizado por odontólogos fuera de la red de proveedores señalada por MAPFRE.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Tratamientos de naturaleza experimental o investigación.
- h) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético.
- i) Tratamientos que no estén especificados dentro de la cobertura del plan contratado.
- j) Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.
- k) En esta cobertura no existen reembolsos.
- l) Atención fuera de la República Mexicana.
- m) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por Odontólogos fuera de la red odontológica establecida.

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) y su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores de **MAPFRE**.
3. El Odontólogo recaba los datos generales del asegurado.
4. El Odontólogo solicita confirmación del servicio con el proveedor del servicio.
5. El Call Center del proveedor confirma el servicio, da autorización y las características del plan contratado.
6. El Odontólogo realiza diagnóstico y explica el plan de tratamiento.
7. El Asegurado firma de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.
8. El Odontólogo complementa su diagnóstico y envía al proveedor los tratamientos realizados para su pago.

MAPFRE entregará al contratante la póliza correspondiente especificando los alcances y límites de esta cobertura, así como también pondrá a su disposición la guía para presentar alguna reclamación, la guía del asegurado y el directorio de la red de odontólogos.

9.4 Servicio 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:

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

Exclusiones del Servicio Visión

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

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) 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.

MAPFRE entregará al contratante la póliza correspondiente especificando los alcances y límites de esta cobertura, así como también pondrá a su disposición la guía para presentar alguna reclamación, la guía del asegurado y el directorio de la red de ópticas.

10. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre gastos erogados de ningún tipo, ni los beneficios de las coberturas opcionales ni servicios adicionales, como consecuencia de:

A. Los gastos originados por padecimientos preexistentes, salvo lo establecido en la sección 8.11. Pago de Complementos en caso de su contratación.

B. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyo primer gasto para diagnóstico o tratamiento se haya realizado antes de cumplirse el periodo de espera estipulado en la sección 6. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

C. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, salvo lo establecido en las secciones 8. Coberturas Opcionales con Costo y 9. Servicios Adicionales, en caso de su contratación.

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

E. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.

F. Los gastos originados por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.

G. No se cubre la responsabilidad civil del médico de cualquier carácter jurídico derivada del servicio recibido.

H. Los gastos originados por tratamiento con fines profilácticos y preventivos, mencionado de manera enunciativa, mas no limitativa: curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales.

I. Los gastos no relacionados con el tratamiento médico, como lo son que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil.

J. Los gastos no relacionados directamente con el tratamiento médico o quirúrgico del padecimiento reclamado, dentro de los cuales se mencionan en forma enunciativa, mas no limitativa: vitaminas, minerales, proteínas, leches, fórmulas lácteas, protectores gástricos, medicamentos antipsicóticos, medicamentos para el tratamiento de disfunción eréctil, medias elásticas, medias TED o medias de compresión neumáticas (de pulso); salvo lo establecido en la cláusula 8.5 Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios.

K. Los gastos por cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, medicina biológica, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación, así como medicamentos de acción y terapia celular, con excepción de las atenciones realizadas por homeópatas, acupunturistas, quiroprácticos, psicólogos y psiquiatras estipuladas en la cláusula 8.3. Protección Alternativa.

L. Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia y nevus, cualquiera que sea su causa.

M. Los gastos originados por tratamiento dietético, médico, farmacológico y/o quirúrgico, para reducción de peso o control de obesidad, cualquiera que sea su causa.

N. Los gastos originados con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de los mismos, mencionados de manera enunciativa más no limitativa: cirugía nasal estética, implantes mamarios, reducción mamaria cualquiera que sea su origen, causa o consecuencia, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosméticas. Lo anterior salvo lo estipulado en las cláusulas 8.1.2. Complicaciones de gastos no cubiertos y 8.2.3. Tratamientos reconstructivos y estéticos.

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 la cláusula 8.1.2. Complicaciones de gastos no cubiertos.

P. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares salvo lo estipulado en el numeral 5.7.3. de la sección 5.7. Gastos adicionales cubiertos por la cobertura básica.

Q. Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, cualquiera que sea su causa.

R. Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.

S. Los gastos originados por alteraciones del sueño, salvo lo indicado en la cláusula 8.5 Ayuda para medicamentos o insumos complementarios.

T. Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.

U. Complicaciones del embarazo ocurrido fuera de la vigencia de la póliza o durante el periodo de espera.

V. Los gastos por atención y consultas médicas de rutina de recién nacidos, de manera enunciativa más no limitativa: cunero, pediatra, circuncisión, control prenatal, chequeos o atención del niño sano; salvo lo estipulado en la cláusula 8.10 Maternidad.

W. Los gastos originados por malformaciones o padecimientos congénitos, a excepción de lo mencionado en el numeral 5.8. Eventos sujetos a Condiciones Particulares.

X. Los gastos originados por reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la sección 8.1.1. Prótesis y aparatos ortopédicos.

Y. Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico por estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas; salvo lo establecido en la sección 8.3.3. Psicólogo y Psiquiatra y en la sección 8.5 Ayuda para medicamentos o insumos complementarios.

Z. En el caso de trasplante de órganos, no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de complicación de éste. Tampoco se cubrirán gratificaciones o remuneraciones de ninguna índole que llegara a recibir el donador.

AA. Los gastos originados por tratamientos que requiera el asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE. Para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con cuarenta y ocho (48) meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE.

BB. Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cuarenta y ocho (48) meses del periodo de espera no se cubrirán los gastos para el diagnóstico del VIH o SIDA, así como cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.

CC. Cualquier gasto generado fuera del territorio nacional, salvo lo estipulado en los numerales 8.12 Cobertura Internacional, 8.13 Emergencia en el Extranjero, 8.14 Enfermedades Catastróficas en el Extranjero y 9.2. Asistencia en Viaje.

DD. Los gastos originados por sustancias, suplementos o medicamentos no autorizados en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo a pesar de contar con la aprobación por la FDA, exceptos si son suministrados al recibir la atención en Estados Unidos de acuerdo a lo estipulado en las cláusulas 8.12 Cobertura Internacional, 8.13 Emergencia en el Extranjero, 8.14 Enfermedades Catastróficas en el Extranjero y 9.2. Asistencia en Viaje.

EE. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte, salvo pacto contrario.

FF. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica ya sea profesional o amateur, de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, salto de bungee, lucha grecorromana, espeleología, box y tauromaquia.

GG. Los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados como ocupantes de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, taxis aéreos, o aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.

HH. Los gastos originados por accidentes ocurridos mientras que el asegurado se encuentre utilizando algún medio de transporte con fines laborales y/o de reparto de cualquier artículo, comida o el otorgamiento de cualquier servicio. Serán considerados servicios, enunciados a manera enunciativa no limitativa: servicios de limpieza de cualquier tipo, tintorería, lavandería o cuidado de mascotas.

II. Los gastos erogados por accidentes ocurridos mientras que el asegurado se encuentre utilizando motocicleta, motoneta u otro vehículo similar, bicicleta, scooter, patines, patineta, patineta eléctrica o segway, salvo lo estipulado en la cláusula 8.4. Accidentes en Medio de Transporte.

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

KK. Los gastos originados por 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.

LL. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

MM. Los gastos derivados de lesiones auto-infligidas, mutilación 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.

NN. Cualquier gasto erogado a consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.

OO. 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, 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.

PP. Si el contratante cambia de giro o alguno de los asegurados cambia a una ocupación que conlleve a un riesgo mayor de sufrir algún padecimiento, el contratante deberá avisar por escrito a MAPFRE quien se reserva el derecho de cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si MAPFRE acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo siniestro.

QQ. Las propias mencionadas en cada cobertura.

11. CLAUSULAS GENERALES

11.1 Cláusulas de Interés para el Contratante y el Asegurado

11.1.1 Padecimiento Preexistente

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

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

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

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

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

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

En caso de que MAPFRE rechace una reclamación considerando que el padecimiento es preexistente, el reclamante podrá optar en acudir ante una persona física o moral que sea designada por el reclamante y MAPFRE a fin de someterse a un arbitraje privado. MAPFRE acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al reclamante, y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y MAPFRE, quienes en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El lado 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. Si a las doce horas del último día de dicho periodo de gracia el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

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 a 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 a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

11.1.3 Movimiento de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, las solicitudes firmadas por los miembros de la Colectividad Asegurable y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, **MAPFRE** elaborará un registro de asegurados indicando el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá nombre, edad, sexo, suma asegurada, fecha de inicio y termino de vigencia, número de certificado individual y prima de cada asegurado y de cada uno de sus dependientes económicos. En la carátula de la póliza se especificará la suma asegurada contratada para 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 11, numeral 11.1.6 Edad y el contratante dé aviso a **MAPFRE** dentro de los treinta (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 a la Compañía.

En caso de que el asegurado ya formara parte de la Compañía pero no tuviera derecho a la prestación, la fecha de alta será a partir de la confirmación del derecho a la prestación por parte de la Compañía.

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, en otro caso, su inclusión a la póliza quedará sujeta a la aceptación por **MAPFRE** una vez presentados los requisitos de asegurabilidad vigentes.

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 y el pago de 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 a las políticas vigentes al momento de la solicitud.

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

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

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta (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 superen 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, 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.

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

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, 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

MAPFRE no aceptará el ingreso a esta póliza de ninguna persona mayor a setenta (70) 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, lo que ocurra primero. Lo anterior 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, salvo que dicho asegurado tuviere un siniestro reclamado durante la vigencia en la cual se detectó la inexacta declaración.

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

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

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

11.1.7 Periodo del seguro

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

11.1.8 Periodo de Beneficio

Si la póliza no presenta un periodo al descubierto, se continuarán pagando los gastos complementarios procedentes incurridos dentro de los cinco (5) días siguientes al fin de vigencia de la póliza por cada padecimiento, o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero; y de acuerdo con las condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto. Si por causas atribuibles a MAPFRE se genera un periodo al descubierto, dicho periodo no será aplicable en perjuicio del asegurado.

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

En caso de cancelación de la póliza a solicitud del contratante; por omisiones o inexactas declaraciones conforme a lo señalado en la cláusula 11.3.9 Agravación del riesgo; o en caso de baja de un asegurado conforme a lo señalado en la cláusula 11.1.5, MAPFRE quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de la póliza, o a la fecha de baja del asegurado.

11.1.9 Terminación anticipada de 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 de la póliza 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.

11.1.10 Renovación

MAPFRE podrá otorgar al contratante la renovación, la cual se sujetará a condiciones congruentes con las 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.

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

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

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

11.2 Cláusulas Operativas

11.2.1 Territorialidad

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

11.2.2 Residencia

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que vivan permanentemente dentro de la República Mexicana, al menos durante los últimos seis (6) meses. Si el asegurado no cumple con esta disposición, quedará sin validez alguna el certificado individual expedido. MAPFRE podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia del asegurado.

11.2.3 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.

11.2.4 Términos y condiciones para el uso de medio 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"), sujeto a las siguientes bases:

11.2.4.1 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.

11.2.4.2 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.

11.2.4.3 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.

11.2.4.4 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 72 horas hábiles.

11.2.4.5 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 11.2.1, 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 (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

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

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

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

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

El plazo no correrá en caso de omisión, falsas o 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 a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en el equivalente en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio vigente para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, publicado en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente al día y lugar en que se haga el pago. (Artículo 8 de la Ley Monetaria).

11.3.4 Otros seguros

Si al momento de la reclamación, las coberturas por padecimientos otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otras 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.

En el caso de la cobertura Muerte Accidental, el párrafo anterior quedará sin efecto.

11.3.5 Notificaciones

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

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

De acuerdo al artículo 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 al artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario tienen un plazo máximo de cinco (5) días para dar aviso por escrito, si en el contrato no se estipula otra cosa.

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

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

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

11.3.6 Interés Moratorio

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

11.3.7 Subrogación

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

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

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

11.3.8 Modificaciones al contrato

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

Los agentes de Seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

11.3.9 Entrega de información

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

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

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

Si el asegurado y/o contratante no recibe(n), dentro de los treinta (30) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá(n) 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.

11.3.10 Agravación de riesgo

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

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

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

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

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

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

11.3.11 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.

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

12.2 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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 demora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

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

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

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

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

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

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

- a)** El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b)** La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c)** La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d)** Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.4 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.

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 20 DE MAYO DE 2022, CON EL NÚMERO CNSF-S0041-0241-2022/CONDUSEF-005347-01.

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 7000

del Interior de la República

SIN COSTO

8000 627373

www.mapfre.com.mx