

Condiciones Generales

GASTOS MÉDICOS MAYORES
COLECTIVO NO PRESTACIÓN

Condiciones **Generales** GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO NO PRESTACIÓN



Ser Grande
es una Actitud



MAPFRE



**GASTOS MÉDICOS
MAYORES DEL
SEGURO COLECTIVO
NO PRESTACIÓN**

CONDICIONES GENERALES



1. DEFINICIONES.....	5
2 .OBJETO DEL SEGURO.....	8
3. CONTRATO.....	8
4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.....	8
4.1 GASTOS HOSPITALARIOS.....	8
4.2 HONORARIOS MÉDICOS.....	9
4.3 MEDICAMENTOS.....	9
4.4 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	9
4.5 OTROS SERVICIOS MÉDICOS.....	9
4.6 EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES PARTICULARES.....	10
5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA.....	13
6. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.....	14
6.1 SUMA ASEGURADA.....	14
6.2 DEDUCIBLE.....	14
6.3 COASEGURO.....	14
6.4 TOPE DE COASEGURO.....	14
6.5 CRITERIO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE, COASEGURO Y TOPE DE COASEGURO.....	14
6.6 NIVEL HOSPITALARIO.....	15
6.7 PAGO DIRECTO.....	15
6.8 REEMBOLSO.....	15
7. EXCLUSIONES.....	15
8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.....	18
9. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO.....	18
9.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.....	18
9.2 MATERNIDAD.....	19
9.3 ACCIDENTES PERSONALES.....	19
9.4 GASTOS DE SEPELIO.....	21
9.5 INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS.....	21
9.6 COBERTURA INTERNACIONAL.....	21
10. SERVICIOS ADICIONALES.....	22
10.1 MEDITEL.....	22
10.2 ASISTENCIA EN VIAJE.....	22
10.3 COBERTURA DENTAL.....	26
10.4 COBERTURA DE VISIÓN.....	27
11. CLÁUSULAS GENERALES.....	28
11.1 CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.....	28
11.2 CLÁUSULAS OPERATIVAS.....	32
11.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES.....	32



1. DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7 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 valor del Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 6 numeral 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.

1.9 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 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.

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

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

El valor del Deducible Contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza.

El deducible se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 6 numeral 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.

1.13 DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Podrá considerarse como tales a: cónyuge o concubina o concubinario del titular, e hijos solteros menores a 25 años del titular incluidos en la póliza y que cumplan con la definición de colectividad asegurable.

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

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

1.16 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.

1.17 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.

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

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

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

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

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

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

1.20 ENFERMEDAD PREEXISTENTE. Enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza).

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

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

1.23 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.

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

1.25 HOSPITALES SEDE. Son los indicados en el Directorio de Prestadores de Servicios a los que se tiene derecho de acuerdo al plan y zona contratada. Estas instituciones pueden ser consultadas a través de la página de Internet: www.mapfretepeyac.com o a través de Meditel, a los teléfonos: 5230 7138 del D.F. y 01 800 90 902 00 del interior de la República.

1.26 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.

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

MÉDICO ACUPUNTURISTA. Es aquel profesional que cuenta con los documentos que lo acrediten

como tal (Título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista.

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

1.28 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.

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

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

1.31 PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente **MAPFRE** al prestador de servicios por la atención médica o quirúrgica de enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato, de acuerdo a los lineamientos vigentes en **MAPFRE**.

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

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

1.34 PERÍODO AL DESCUBIERTO. Tiempo durante el cual la póliza no está vigente. Empieza al terminar el Período de Gracia y termina al momento de recibir el pago de las primas vencidas. **No se pagarán las reclamaciones por enfermedades**

o accidentes cuyos síntomas o signos se hayan iniciado durante este período, ni los gastos erogados en dicho período por ese u otro padecimiento.

Al momento de originarse un período al descubierto, 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 período.

1.35 PERÍODO DE ESPERA. Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir antes de considerar protegidos los padecimientos que se enuncian en el apartado **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA**. Este período de espera opera para cada asegurado.

1.36 PERÍODO DE GRACIA. Si no hubiere sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

1.37 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.

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

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

1.40 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. Es la fecha a partir de la cual **MAPFRE** reconocerá como aseguramiento ininterrumpido en un seguro de Gastos Médicos Mayores, aún cuando se trate de tiempo como asegurado en otra Compañía de Seguros legalmente establecida en los Estados Unidos Mexicanos.

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

- 1.42 SIDA.** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).
- 1.43 SMGMVDF.** Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.
- 1.44 SUMA ASEGURADA.** Se define como el límite máximo de responsabilidad de **MAPFRE**, para cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la aseguradora sobre los gastos que se enuncian en la cobertura básica, en el entendido que cuando exista un límite específico en algún concepto en particular, dicho límite prevalecerá como tope de esta suma.
- 1.45 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS.** Lista detallada de procedimientos médicoquirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos, de acuerdo al plan contratado. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos.
- El presente tabulador únicamente operará cuando las reclamaciones sean por algún accidente o enfermedad cubiertos y se presenten vía reembolso.
- 1.46 TOPE DE COASEGURO.** Es la cantidad máxima que paga el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, establecido en la carátula de la póliza. El valor del Tope de Coaseguro contratado se encuentra establecido en la carátula de la póliza. El Tope de Coaseguro se aplicará de acuerdo a la descripción de la sección 6 numeral 6.5, que se especifica en estas condiciones generales.
- 1.47 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.
- 1.48 VITAL.** Se refiere a lo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para la supervivencia.
- 1.49 ZONA DE CONTRATACIÓN.** Es la zona utilizada por **MAPFRE** para determinar la tarifa que le corresponde de acuerdo a la residencia del asegurado.

2 .OBJETO DEL SEGURO

MAPFRE se obliga a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicamente necesarios al asegurado

por causa de un accidente o enfermedad cubiertos o evento específicamente señalado como amparado en este contrato, dentro de los términos y condiciones que se especifican en la póliza, hasta el monto que esté especificado; siempre que la causa que les dio origen ocurra y se inicie durante la vigencia de esta póliza y que sean necesarios para la recuperación de la salud del asegurado, de acuerdo a las condiciones establecidas en este contrato y que el asegurado haya cumplido con las obligaciones que para él se desprenden también de este Contrato.

3. CONTRATO.

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

ARTÍCULO 25 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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.

4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

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

4.1 Gastos Hospitalarios

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

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

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

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

4.2 Honorarios Médicos

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

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

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

4.3 Medicamentos

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

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

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

4.4 Auxiliares de Diagnóstico

4.4.1 ANÁLISIS DE LABORATORIO. Gastos originados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o de cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de accidente o enfermedad cubierta por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

4.5 Otros Servicios Médicos

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

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

de una enfermedad cubierta, previa autorización de **MAPFRE**.

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

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

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

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

La reposición de prótesis no vitales, sólo estará cubierta para asegurados menores de 18 años, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

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

El costo de los aparatos ortopédicos ó prótesis estará limitado a 120 SMGMVDF y en caso de enfermedad se aplicará un incremento de 20 puntos porcentuales al coaseguro contratado, sin tope del mismo, para ambos incisos.

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

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

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

4.6 Eventos Sujetos a Condiciones Particulares

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

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

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

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

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

4.6.3 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS. Gastos por transplante de órganos hasta la suma asegurada o 1,900 SMGMVDF, lo que sea menor, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica. Se cubrirán únicamente los gastos del receptor en caso de que éste sea nuestro asegurado así como los del donador exclusivamente por las pruebas de compatibilidad, el procedimiento quirúrgico, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación a nuestro asegurado.

4.6.4 PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Estarán cubiertos los gastos por padecimientos o malformaciones congénitas de los hijos nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua con **MAPFRE** al momento del nacimiento del menor. Para la determinación del plazo de aseguramiento que se señala en esta cobertura no aplica la característica de Reconocimiento de Antigüedad.

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

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

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

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

estos tratamientos, no estarán cubiertos.

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

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

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

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

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

- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador, de acuerdo al producto y zona contratada.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.
- **Ningún tratamiento con medicina homeopática podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

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

- **El tratamiento médico no podrá efectuarse en forma paralela al tratamiento con medicina alópata, homeópata o tratamientos quirúrgicos.**
- El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador, de acuerdo al producto y zona contratada.
- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.
- **Ningún tratamiento con acupuntura podrá exceder de los 12 meses desde el inicio con el tratamiento.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6.9 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

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

5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

5.1 Se cubrirán los gastos originados por las enfermedades cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado. Esta limitación no opera en la renovación de la póliza y cuando la enfermedad sea considerada como una Emergencia Médica.

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

Preexistente. En adición a cumplir el período de espera de 6 meses, deberá someterse a segunda valoración para determinar la procedencia del siniestro, previa al evento médico o quirúrgico

5.3 Se cubrirán los gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua con **MAPFRE** para cada asegurado:

5.3.1 Gastos originados por tratamiento médico o quirúrgico de:

- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos relacionados con columna vertebral.
- Hernias de cualquier tipo, ya sea por enfermedad o accidente. En caso de tratarse de una cirugía de hernia abdominal, inguinal, de disco, umbilical o bien de tumoraciones en pared abdominal, deberán de someterse a una segunda valoración para determinar la procedencia del siniestro, previa al evento médico o quirúrgico.
- Insuficiencias del piso perineal.
- Vesícula y vías biliares.
- Litiasis del sistema urinario.
- Glándulas mamarias. En caso de Fibrosis Quística Mamaria o cualquier otra afección tumoral, se deberá de someter a segunda valoración para determinar la procedencia del siniestro, previa al evento médico o quirúrgico.
- Várices.
- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.

5.3.2 Los gastos relativos a cirugía nasal sólo serán cubiertos, previa valoración de ello al acto quirúrgico para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico. En caso de accidente no hay período de espera. **No se cubrirán los tratamientos con fines estéticos.**

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

5.4.1 Ayuda de Maternidad. Se amparan 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 del titular hasta la suma asegurada especificada en el endoso para este concepto. Para este beneficio no aplica deducible ni coaseguro.

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

Esta cobertura sólo opera en territorio nacional.

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

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

5.5 Se cubrirán los siguientes gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua.

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

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

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

5.5.4 Los gastos originados por padecimientos anorrectales.

5.5.5 Padecimientos prostáticos y artritis reumatoide.

5.5.6 Hallux valgus (juanetes).

5.5.7 Apnea obstructiva (enfermedad del sueño).

5.5.8 Los gastos originados por aparatos auditivos:

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

5.6 Se cubrirán los siguientes gastos originados por padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 60 meses de vigencia continua. Para estos padecimientos no opera el reconocimiento de antigüedad.

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

Para este fin se considerará como Suma Asegurada la suma básica de la póliza al momento de iniciar los gastos, con un tope máximo de 608 SMGMVDF.

El asegurado debe enviar a **MAPFRE** por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados, incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos y de imagen.

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

6.1 Suma Asegurada. Toda indemnización que **MAPFRE** pague por accidente o enfermedad 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 accidentes o enfermedades diferentes que hayan ocurrido en la misma vigencia.

6.2 Deducible. Aplicará en cada enfermedad, o bien en cada accidente en donde no se reciba atención médica dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia del mismo.

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

6.4 Tope de Coaseguro. Cantidad máxima de coaseguro que aplicará por cada accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria.

6.5 Criterio de Aplicación de Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro. De la reclamación que presente el asegurado se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, 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**.

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

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

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

*pp= Puntos porcentuales

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

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

Este beneficio aplica sólo en hospitales catalogados como sede y se extiende para la cirugía programada, siempre y cuando se realice la precertificación correspondiente a través del médico supervisor. Se entiende como precertificación, al hecho de que, en caso de tratamiento quirúrgico, el asegurado:

- Se comunique a MEDITEL donde le indicarán los hospitales en los que opera el beneficio de Cirugía Programada y
- Envíe a **MAPFRE** por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos.

No se otorgará el beneficio de cirugía programada si el asegurado se realiza un tratamiento quirúrgico adicional al autorizado y no cubierto por las condiciones de la póliza.

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

Este beneficio de Pago Directo también opera para la "Cobertura Internacional", bajo los mismos lineamientos.

6.8 Reembolso. Es la mecánica en la que el asegurado realiza el pago de los gastos médicos que implicaron su atención, los cuales posteriormente presenta a **MAPFRE** para su dictamen, sustentándolos con originales de las facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes, así como la información médica que avala el diagnóstico y atención recibida.

7. EXCLUSIONES

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

A. Los gastos originados por padecimientos preexistentes.

- B.** Los gastos originados por malformaciones o padecimientos congénitos, a excepción de lo mencionado en el numeral 4.6.4, Padecimientos o Malformaciones Congénitas.
- C.** Los gastos originados por cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico (salvo lo mencionado en la sección 4ª, numeral 4.6.8); estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.
- D.** Los gastos originados por alteraciones del sueño.
- E.** Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes o enfermedades que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.
- F.** Los gastos originados por tratamiento de calvicie, anorexia, bulimia, control de peso, acné y nevos.
- G.** Tratamientos dietéticos o quirúrgicos, para reducción de peso o para control de obesidad, cualquiera que sea su causa.
- H.** Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.
- I.** En el caso de trasplante de órganos no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que reciba.
- J.** Los gastos originados por tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía.
- K.** Los gastos originados por anteojos y lentes de contacto.
- L.** Los gastos originados por tratamiento con fines profilácticos y preventivos, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, los medicamentos para la disfunción eréctil (salvo que éstos se presenten como complicación de una enfermedad cubierta por la póliza), así como todos aquellos productos que funcionan como complemento alimenticio (vitaminas, proteínas, leches, etc.), siempre que estos últimos no tengan plena justificación o relación directa con el padecimiento de origen.
- M.** Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación.
- N.** Los gastos originados por tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 60 meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con 60 meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE. Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los 60 meses del período de espera no se cubrirán los gastos para el diagnóstico del VIH o SIDA, así como cualquier tratamiento

o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.

- O. Los gastos originados por cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato.
- P. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.
- Q. Gastos no relacionados con el tratamiento como son: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas y cosméticos, alimentos de acompañante, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de videograbadora, vídeo casete, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil.
- R. Los gastos originados por suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen. Lesiones autoinfligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- S. Los gastos originados por reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la sección 4ª, numeral 4.5.4.
- T. Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, terrorismo, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).
- U. Los gastos originados por las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
- V. Los gastos originados por homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.
- W. Los gastos originados por lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.
- X. No serán cubiertos los gastos originados por las cirugías con fines puramente estéticos o reconstructivos ni las complicaciones que deriven de las mismas. Por ejemplo: cirugía nasal estética, implantes mamarios, reducción mamaria cualquiera que sea su origen, causa o consecuencia, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética.
- Y. Los gastos originados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares a excepción que sean como consecuencia directa de un accidente cubierto y sufrido dentro de la vigencia de la póliza o como complicaciones de una enfermedad cubierta.
- Z. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 4ª "Gastos Médicos Cubiertos".
- AA. No se cubre la responsabilidad civil a cargo de médicos, hospitales o cualquier prestador derivado del servicio recibido, bajo la cobertura del presente contrato se seguro.

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

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

DD. Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza.

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

FF. Los gastos originados por el uso de ambulancia aérea.

GG. Los gastos originados por intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo).

HH. No serán cubiertos los gastos originados por las lesiones que sufran los asegurados:

- a) En taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- b) Como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.
- c) Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- d) En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

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

f) En la práctica de Box, Charrería, Tauromaquia, Deportes Aéreos, Alpinismo, Espeleología y Paracaidismo.

II. Las propias mencionadas en cada cobertura.

8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

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

9. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

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

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

9.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, MAPFRE reembolsará los gastos originados por una emergencia médica en el extranjero hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada, o por un período máximo de 90 días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado, lo que ocurra primero, según lo indicado en los tabuladores, mismos que han sido determinados

por los organismos encargados de la salud, del país donde se atienda.

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

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

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

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

9.2 MATERNIDAD

Se ampararán los gastos erogados que rebasen la Suma Asegurada de la cobertura Ayuda de Maternidad topados a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, sin aplicar el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos.

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura se ampara el evento final al que se llegue por embarazo, ya sea de la titular, esposa, concubina o hija del titular, trátase de parto normal o cesárea.

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

Así mismo, se cubrirán:

- a) Gastos erogados por la atención intrahospitalaria del recién nacido sano hasta el límite máximo establecido en la póliza para este beneficio, el cual es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad. Los gastos cubiertos por este concepto son: cunero, atención pediátrica y atención de enfermería.

- b) Circuncisión para el recién nacido sano hasta el límite máximo establecido en la póliza para este beneficio de acuerdo al plan contratado, sin deducible, coaseguro ni período de espera. Esta indemnización es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad.

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

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

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

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

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

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

Esta cobertura sólo opera en territorio nacional.

9.3 ACCIDENTES PERSONALES

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

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

• Muerte Accidental

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

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

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

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

ARTÍCULO 156 (Ley Sobre el Contrato de 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.

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

ARTÍCULO 157 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

ARTÍCULO 158 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

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

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

No se cubrirá la muerte accidental que ocurra por culpa grave del asegurado al

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

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

• **Pérdidas Orgánicas**

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

Tabla de Indemnización Escala "A"

Escala A

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

Fuente .- Manual de Accidentes Personales de la AMIS.

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

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

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

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

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

9.4 GASTOS DE SEPELIO

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, en caso de que un asegurado fallezca a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto, **MAPFRE** indemnizará la suma asegurada contratada.

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

Para los menores de 12 años se reembolsarán los gastos relacionados directamente con el sepelio, hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, que en ningún caso podrá ser mayor a 60 salarios mínimos mensuales vigentes en el Distrito Federal, a quien acredite haber efectuado dichos gastos. En caso de existir un remanente entre la suma asegurada y los gastos efectuados, el remanente se pagará al titular de la póliza. Los gastos se deben comprobar presentando los documentos originales que los acrediten.

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

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

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

No se otorgará este beneficio si la muerte ocurre por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación

clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.

En esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

9.5 INCREMENTO A HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, el asegurado podrá optar por la contratación de una base de tabulador de honorarios médicos y/o quirúrgicos por reembolso con que operan los diferentes planes de Gastos Médicos Mayores mayor a la que corresponda.

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

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

9.6 COBERTURA INTERNACIONAL

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

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

Esta cobertura sólo cubrirá a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y no opera para asegurados cuya estancia fuera de la República Mexicana sea mayor a 90 días continuos. Si alguno de ellos permanece en el extranjero por un período mayor a los 90 días antes mencionado y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a **MAPFRE** y pagar una extraprima. **Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier siniestro que ocurra durante ese período en el extranjero, no estará cubierto.**

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

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

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

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

1. Los honorarios de médicos, anesthesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán al costo promedio usual y razonable para el tipo de padecimiento y hospital elegido.
2. Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento proceda y se dé previo aviso a **MAPFRE** con un plazo de 5 días hábiles anteriores a su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique el padecimiento y tratamiento a realizar.
4. El límite máximo para trasplantes es de 1,900 salarios mínimos mensuales vigentes en el Distrito Federal.

10. SERVICIOS ADICIONALES

10.1 MEDITEL

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

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

No aplica deducible ni coaseguro.

10.2 ASISTENCIA EN VIAJE

Antes de utilizar cualquiera de los siguientes servicios se deberá notificar a MAPFRE salvo aquellos requeridos por emergencia médica y que se hayan reportado dentro de las 72 horas posteriores a dicha emergencia. En caso de que el asegurado se encontrara viajando en un crucero el tiempo estipulado para notificar a MAPFRE comenzará a partir de que el asegurado toca tierra firme. El tiempo antes mencionado solo operará para la Asistencia Médica por Enfermedad o Accidente del Asegurado en el Extranjero.

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

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

CLÁUSULAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. En territorio Mexicano, el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte ágil, así como gastos de hospedaje a razón de 10 días de SMGVDF por cada día, con máximo de 40 días de SMGVDF.

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

- d) **Desplazamiento del Asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un pariente cercano.** Se abonarán los gastos de desplazamiento del asegurado cuando deba

interrumpir el viaje por fallecimiento en territorio Mexicano de su cónyuge, padre, hijos o hermanos, hasta el lugar de inhumación, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

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

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

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

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

- Cuando el deceso ocurra en territorio mexicano, **MAPFRE** realizará los trámites necesarios y cubrirá los gastos de traslado e inhumación del cadáver al lugar de residencia respectivo en territorio nacional. El límite máximo a cubrir por los conceptos mencionados será el equivalente a 550 días de SMGVDF.

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

También se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su respectivo domicilio o al lugar de inhumación, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

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

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

j) **Auxilio en caso de pérdida de documento o tarjetas de crédito.** Si el asegurado sufriera la pérdida de pasaporte o tarjetas bancarias durante el viaje **MAPFRE** lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos, ante las instancias que correspondan.

k) **Pérdida de equipaje.** Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje registrado durante su transporte en vuelo regular de aerolínea comercial, **MAPFRE** pagará al titular una única cantidad de \$1,500.00MN., el presente pago será realizado en moneda nacional.

No se cubrirán los daños y/o faltantes parciales del equipaje.

DISPOSICIONES GENERALES PARA EL PAGO EN CASO DE EXTRAVÍO DE EQUIPAJE

El titular tendrá derecho a percibir hasta \$1,500 M.N. por compensación, sin importar la cantidad de eventos que pudieran ocurrir durante la vigencia de la póliza, incluso si la misma fuera de vigencia anual.

No se tomará en consideración el valor real del equipaje extraviado.

La compensación al asegurado será adicional a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en el certificado correspondiente de acuerdo al inciso k.

CONDICIONES PARTICULARES

1. Los daños al equipaje y/o faltantes parciales o totales de contenido no darán lugar a compensación ni reembolso alguno.
2. Las compensaciones y/o reembolsos descritos son por persona y de acuerdo al producto contratado.

3. Todas las compensaciones y/o reembolsos descritos se abonarán en moneda nacional.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

1. Carátula de póliza del seguro contratado
2. Pasaporte
3. Copia de los boletos de avión
4. Formulario P.I.R. (Property Irregularity Report),
5. Original del recibo de indemnización de la línea aérea (para la compensación por pérdida total)

REQUISITOS PARA OBTENER LAS COMPENSACIONES Y/O REEMBOLSOS

Para el cumplimiento de este beneficio es indispensable que:

1. Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo en un avión de línea aérea regular.
2. Que el mencionado equipaje haya sido debidamente despachado en la bodega del transporte aéreo indicado.
3. Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al asegurado al finalizar el viaje.
4. Que la falta del equipaje haya sido informada de inmediato a la compañía aérea antes de abandonar el recinto de entregas obteniendo el titular prueba por escrito de dicha falta, mediante el formulario P.I.R (Property Irregularity Report)
5. Que la falta de localización del equipaje haya sido informada por el asegurado a la Central de Asistencia antes de abandonar el aeropuerto en que se constató dicha falta.
6. Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al asegurado la indemnización correspondiente prevista por la compañía aérea. El asegurado deberá probar la aceptación de responsabilidad de la línea aérea mediante la presentación de comprobantes fehacientes.

INSTRUCCIONES EN CASO DE EXTRAVÍO DE EQUIPAJE

1. Apenas constate la falta de su equipaje, diríjase al mostrador de la compañía aérea o a la persona responsable de la misma dentro del mismo recinto en el que llegan los equipajes.

2. Obtenga y complete el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report), que deberá ser provisto por la compañía aérea.
 3. Antes de abandonar el aeropuerto comuníquese telefónicamente con la Central de Asistencia para notificar el extravío de su equipaje
 4. Informe a la Central de Asistencia su domicilio permanente, el domicilio del lugar donde estará los próximos días y su próximo itinerario.
- l) Cancelación de viaje.** Este servicio tiene vigencia desde la fecha de contratación y finaliza en el momento del inicio del viaje.

MAPFRE, indemnizará al asegurado la cantidad de \$3.000.00MN siempre que el viaje se cancele antes de su inicio exclusivamente por una de las causas siguientes sobrevenidas después de la contratación y que le impidan efectuar el viaje en las fechas programadas:

- a. Fallecimiento, accidente o enfermedad grave del asegurado o familiar directo: padres, cónyuge, hijos y hermanos del mismo.

Por enfermedad grave se entiende una alteración de la salud no preexistente que implique hospitalización, y que a juicio del Departamento Médico de la Central de Asistencia del proveedor, imposibilite al asegurado para iniciar el viaje en la fecha programada

Por accidente grave se entiende un daño corporal no intencional, con una causa externa, que implique hospitalización, y que a juicio del Departamento Médico de la Central de Asistencia, imposibilite al asegurado para iniciar el viaje en la fecha programada.

- b. Si la persona que acompaña al asegurado en el viaje (se entiende por acompañante la persona que comparte la misma habitación de hotel o la misma cabina de crucero) o un familiar directo: padres, cónyuge, hijos y hermanos del mismo, se viese obligada a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente y, debido a ello, tenga el asegurado que viajar solo o ser el asegurado menor o discapacitado.
- c. Operación de emergencia del asegurado o padres, cónyuge, hijos y hermanos del mismo.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE CANCELACIÓN DE VIAJE

Además de las Exclusiones Generales, no se garantizan las cancelaciones de viaje que tengan su origen en los siguientes hechos o sus consecuencias:

- a) **Tratamientos estéticos, tratamientos por enfermedades o accidentes que no se consideren graves, de acuerdo a las definiciones mencionadas en el punto a inciso l), contraindicaciones de viaje o de vacunación, la imposibilidad de seguir en ciertos destinos el tratamiento médico preventivo aconsejado.**
- b) **Las enfermedades preexistentes del asegurado que hayan sido objeto de tratamiento médico en los 25 días previos a la contratación de la póliza.**

- c) **Complicaciones del embarazo desde el séptimo mes.**

- d) **Epidemias.**

- e) **Tratamientos odontológicos no urgentes.**

- f) **Rehabilitación.**

REQUISITOS PARA OBTENER LAS COMPENSACIONES

1. Dictamen médico indicando la gravedad de la enfermedad o accidente.
2. En caso de fallecimiento el acta de defunción correspondiente.

QUINTA. Exclusiones del servicio de Asistencia en Viaje:

- a) **Los causados por mala fe del asegurado.**
- b) **Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**
- c) **Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o alboroto popular.**
- d) **Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- e) **Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**

- f) Los servicios que el Asegurado haya contratado sin el previo consentimiento de MAPFRE.
- g) Los gastos médicos u hospitalarios dentro del territorio mexicano.
- h) Las lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.
- i) La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.
- j) La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- k) La asistencia y gastos producidos por accidentes que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- l) La asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.
- m) Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis y anteojos.
- n) Los gastos de asistencia por embarazo, parto y/o sus complicaciones.
- o) La asistencia y gastos derivadas de practicas deportivas profesionales en competencias.
- p) Los alimentos, bebidas, llamadas telefónicas y otros gastos adicionales a los de cargo de habitación en el caso de hospedaje.

SEXTA. Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de las prestaciones garantizadas por este servicio, el asegurado solicitará a MAPFRE la asistencia correspondiente a los teléfonos (55) 5480- 3814 (por cobrar del extranjero) y 01-800-71 913 00 (dentro de

la República Mexicana) las 24 horas de los 365 días del año, e indicará su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise. El importe de estas llamadas telefónicas será por cuenta de MAPFRE.

SÉPTIMA. MAPFRE efectuará los pagos e indemnizaciones a que se refiere este servicio siempre que ello no acarree lucro para los asegurados.

OCTAVA. 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.

NOVENA. Los salarios mínimos generales mensuales vigentes a los que se refiere este servicio serán los previstos por las autoridades y órganos competentes para el Distrito Federal.

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

10.3 COBERTURA DENTAL

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

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

A. Los gastos amparados por esta cobertura son:

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

B. Exclusiones

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

- k) **Gastos erogados fuera de la vigencia de la póliza.**
- l) **En esta cobertura no existen reembolsos.**
- m) **Atención fuera de la República Mexicana.**

C. Proceso para presentar una reclamación

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

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

10.4 COBERTURA DE VISIÓN

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

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

- A. Los gastos amparados por esta cobertura son:
 - a. Examen optométrico con fines diagnósticos a causa de accidente o enfermedad

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

B. Exclusiones

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

C. Proceso para presentar una reclamación

- 1.- El Asegurado elige la Óptica de su preferencia.
- 2.- El Asegurado acredita su identidad en el consultorio mostrando identificación oficial

(IFE) y su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores de **MAPFRE**.

- 3.- El Optometrista recaba los datos generales del asegurado.
- 4.- El Optometrista solicita al proveedor confirmación del servicio.
- 5.- El call center del proveedor confirma el servicio y las características del plan contratado.
- 6.- El Optometrista realiza la Consulta Optométrica y recomienda el producto adecuado para el asegurado.
- 7.- El Optometrista explica las condiciones del plan contratado y muestra los productos que cubre el plan al asegurado.
- 8.- El Optometrista realiza la orden de trabajo y notifica al asegurado la fecha de entrega del producto adquirido.
- 9.- El plan de visión autoriza únicamente un (anteojos ó lentes de contacto) por asegurado por año póliza.
- 10.- No aplica reembolso.

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

11. CLÁUSULAS GENERALES

11.1 Cláusulas de interés para el Asegurado

11.1.1 Enfermedad 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 enfermedades preexistentes que no hubiesen sido diagnosticadas en el examen médico, salvo lo siguiente.

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

- a) Que previamente a la celebración del contrato:

- Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o;
- Se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o;
- Mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

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

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

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

11.1.2 Renovaciones

Esta póliza se renovará a petición por escrito del contratante, durante los últimos 30 días de vigencia de esta póliza.

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

La compañía asignará la cobertura que de acuerdo a sus políticas de operación es adecuado para equiparar el plan previo con el actual, vigilando siempre evitar cualquier condición que sea lesiva al asegurado.

ARTÍCULO 21 (Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades). “La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros Colectivos cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.”

La póliza se considerará renovada mientras exista el contratante y se pague la prima respectiva en el período de pago, de acuerdo a lo establecido en la cláusula de primas.

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

11.1.3 Primas

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

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

Si el contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones pactadas, vencerán al inicio de cada fracción en que, para efecto del

pago de la prima, se hubiere dividido el período del seguro.

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

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

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

En caso de siniestro, **MAPFRE** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago. Si durante el período de gracia no ha sido pagada la prima correspondiente, no operará el pago directo. Si las reclamaciones presentadas son procedentes, serán cubiertas por reembolso.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

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

11.1.4 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 período de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá nombre, edad, sexo, suma asegurada, fecha de inicio y término de vigencia, número de certificado individual y prima de cada asegurado y de cada uno de sus dependientes económicos. En la carátula de la póliza se especificará la suma asegurada contratada por la colectividad asegurada.

11.1.5 Alta de Asegurados

Se dará de alta a las personas que se hagan elegibles para formar parte de la colectividad asegurable siempre y cuando se encuentren dentro de los límites de admisión señalados en

la sección 11ª, numeral 11.1.7 y el contratante dé aviso a **MAPFRE** dentro de los 30 días siguientes a su elegibilidad.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 17 (Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del

mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, 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.”

11.1.6 Baja de Asegurados

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

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

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

MAPFRE devolverá al contratante la parte de la prima de riesgo no devengada por meses completos, salvo que hubiere un siniestro en curso de pago en cuyo caso se podrá deducir del total de la prima devuelta la indemnización correspondiente.

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

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, 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.

11.1.7 Edad

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

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

Por lo que respecta a los hijos, estos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en la sección 1ª numeral 1.13.

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.

ARTÍCULO 161 (Ley Sobre el Contrato de Seguro). Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por **MAPFRE** se aplicarán las siguientes reglas:

I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de **MAPFRE** 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 **MAPFRE** hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima

más elevada que la correspondiente a la edad real, **MAPFRE** 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, **MAPFRE** 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.

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.

11.1.8 Período del Seguro

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

11.1.9 Período de Beneficio

Si la póliza se renueva sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada enfermedad o accidente sin que se aplique un período máximo de cobertura para estos pagos hasta el agotamiento de la suma asegurada y de acuerdo con las condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si la póliza se da por terminada por cualquier causa imputable al contratante y/o al asegurado, o a solicitud del contratante, o concluye la vigencia de la misma y ésta no es renovada y el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación o al agotarse la suma asegurada, o por 30 días a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

11.1.10 Dividendos.

No se otorgarán dividendos en las pólizas de Gastos Médicos Mayores Colectivo.

11.2 Cláusulas Operativas

11.2.1 Territorialidad

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

11.2.2 Residencia

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

11.3 Cláusulas Contractuales

11.3.1 Competencia

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

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

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

11.3.2 Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio

origen, tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

ARTÍCULO 81 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

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

11.3.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante está obligado a declarar por escrito a **MAPFRE**, de acuerdo con la solicitud, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o los deba conocer en el momento de la celebración del contrato de Seguro.

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

ARTÍCULO 8 (Ley Sobre el Contrato de Seguro) 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 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

ARTÍCULO 47 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

11.3.4 Moneda

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

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

11.3.5 Otros Seguros

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

11.3.6 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.

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 de este Reglamento.

11.3.7 Interés Moratorio

En caso de que **MAPFRE** no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

ARTÍCULO 71 (Ley Sobre el Contrato de Seguro)
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 135 Bis (Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

VIII. Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los números de registro PPAQ-S0041-0041-2012 de fecha 28/06/2012 y PPAQ-S0041-0031-2012 de fecha 24/05/2012.

11.3.8 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.



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



**PARA MAYORES INFORMES
CONSULTA A TU AGENTE DE MAPFRE**

EN EL D.F.

5230 70 00

DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO

01 8000 627373

www.mapfre.com.mx