

SEGURO COLECTIVO
GASTOS MÉDICOS MAYORES

Condiciones
Generales

PÓLIZA GM0693.
VIGENCIA: 31/03/2024 AL 31/05/2024.

Índice

1. Carátula
2. Definiciones
3. Cobertura Básica
4. Gastos Médicos Cubiertos
5. Enfermedades y tratamientos cubiertos con Periodo de Espera
6. Exclusiones
7. Cláusulas Generales
8. Coberturas Adicionales

SEGURO COLECTIVO
GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

1. CARÁTULA DE PÓLIZA

CONTRATANTE: SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE TAMAULIPAS.								
COLECTIVIDAD ASEGURADA: MAGISTRADOS, CONSEJEROS Y EMPLEADOS DEL H. SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE TAMAULIPAS, ASÍ COMO SU CÓNYUGE, CONCUBINA, CONCUBINARIO Y/O HIJOS SOLTEROS MENORES DE 25 AÑOS Y/O HIJOS SOLTEROS MAYORES DE 25 AÑOS ASÍ COMO ASCENDIENTES.								
Domicilio:		Calle y número		Colonia		Código Postal		
		BOULEVARD PRAXEDIS BALBOA S/N		MIGUEL HIDALGO		87090		
Población, Municipio o Delegación		Estado						
VICTORIA		TAMAULIPAS						
CONDICIONES DE LA PÓLIZA								
Plan		Vigencia					Forma de Pago	
COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES		Desde las 12:00 hrs.			Hasta las 12:00 hrs.			TITULARES: EN UNA SOLA EXHIBICIÓN
		Día 31	Mes 03	Año 2024	Día 31	Mes 05	Año 2024	DEPENDIENTES: MENSUAL Moneda NACIONAL
Prima	Cobertura	Sumas Aseguradas			Deducible		Coaseguro	
SEGÚN ANEXO	NACIONAL	MAGISTRADOS Y CONSEJEROS: \$5,000,000.00 M.N.			\$40,000.00 M.N, POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE		20% CON TOPE \$20,000.00 M.N POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE	
	NACIONAL	EMPLEADOS: \$1,000,000.00 M.N.			\$30,000.00 POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE		20% CON TOPE \$15,000.00 M.N POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE	
	EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	EMERG. EXTRANJERO: 50,000 US DÓLARES			EMERG. EXTRANJERO 100 US DÓLARES		EMERG.EXTRANJERO SI APLICA	
LÍMITES PARA CADA ENFERMEDAD O ACCIDENTE								
HONORARIOS QUIRÚRGICOS				G.U.A. EN BASE A 24 UMAM				
HONORARIOS DE ANESTESISTA				30% DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS				
HONORARIOS DE AYUDANTES				35% DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS				
HONORARIOS DE ENFERMERA				MÁXIMO 3 TURNOS, DURANTE 30 DÍAS				
CUARTO Y ALIMENTOS				PRIVADO ESTÁNDAR				
CAMA EXTRA				INCLUIDA				
VISITAS O CONSULTAS MÉDICAS				MÁXIMO 1 DIARIA POR ASEGURADO				
CESÁREA				\$20,000.00 M.N.				
COBERTURAS ADICIONALES QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA:								
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD								
PARTO								
PADECIMIENTOS PREEXISTENTES								
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO								
PAGO DE COMPLEMENTOS								
MetLife México, S.A. de C.V., en adelante denominada la Institución, cubre a los Asegurados que aparecen en el registro de asegurados y los protege de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos de este contrato, en caso de accidente o enfermedad, conforme a las coberturas precisadas en esta póliza y por las sumas aseguradas respectivas, siempre que el accidente o enfermedad se manifieste durante la vigencia de la póliza y no esté excluido conforme a las estipulaciones del contrato.								

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

2. DEFINICIONES

1. Accidente Cubierto:

Es aquel acontecimiento ocasionado directamente por una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, que ocurran dentro del período de vigencia de la presente póliza y requiera atención médica dentro de los noventa días naturales siguientes al evento que le dio origen y se trate de un acontecimiento que no este excluido expresamente en la misma.

No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los señalados en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideraran como el mismo Accidente cubierto que les dio origen.

2. Asegurado:

Es la persona física, residente en territorio de la República Mexicana, que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular si es en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza o, de Dependiente Económico del Asegurado Titular, si se trata de la persona que para efectos de la misma designa como su cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular, que cumplan con los requisitos de aceptación y que aquél determine proteger, a los que se denominará como "Asegurado".

3. Coaseguro:

Porcentaje especificado en la carátula y/o endosos de esta póliza, a cargo del Asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

Para Magistrados por enfermedad y/o accidente 20% con tope de coaseguro de \$20,000.00 (veinte mil pesos 00/100 m.n.) el cuál se aplicará una vez descontado el deducible.

Para Empleados por enfermedad y/o accidente 20% con tope de coaseguro de \$15,000.00 (quince mil pesos 00/100 m.n.) el cuál se aplicará una vez descontado el deducible.

4. "EL CONTRATANTE":

Es el representante legal para efectos de la presente póliza y/o endosos, y responsable ante "LA ASEGURADORA" del pago de las primas del seguro.

5. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquél cuyo monto o valor ha sido convencionalmente establecido entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y "LA ASEGURADORA", en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

6. Cuarto Privado Estándar:

Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto de hospital, con teléfono, cama extra para un acompañante, televisión y baño privado.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

7. Deducible:

Cantidad indicada en la carátula y/o endosos de esta póliza, a cargo del Asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad y/o accidente cubierto.

Para Magistrados por enfermedad y/o accidente 20% con tope de coaseguro de \$20,000.00 (veinte mil pesos 00/100 m.n.) el cuál se aplicará una vez descontado el deducible.

Para Empleados por enfermedad y/o accidente 20% con tope de coaseguro de \$15,000.00 (quince mil pesos 00/100 m.n.) el cuál se aplicará una vez descontado el deducible.

8. Emergencia Médica:

Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual ingresa por el área de urgencias de un hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente.

9. Endoso:

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones generales y/o cláusulas generales de la póliza y forma parte de ésta.

10. Enfermedad Congénita:

Es aquella alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en algún órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, y que se manifiesta desde el nacimiento o en cualquier etapa de la vida.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional y que den origen a un mismo síndrome con diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

11. Enfermedad Cubierta:

Es toda alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de esta póliza y no provenga de causa expresamente excluida por la misma.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los supuestos señalados en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

12. Gasto Médico:

Es cualquier erogación que se realiza por la atención y/o tratamiento médico de un accidente y/o enfermedad.

13. Gasto Médico Mayor:

Son los gastos erogados, mediante reembolso, pago directo o pago mixto como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por la presente póliza y que rebasan el deducible contratado, especificado en la carátula y/o endosos de la presente póliza y/o certificado individual.

14. Honorarios Médicos:

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado y que participa de manera activa y directa en su recuperación.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

15. Hospital:

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o accidentados.

16. Hospitalización:

Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente cubierto, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno (hospitalizado).

17. “LA ASEGURADORA”:

MetLife México, S.A. de C.V..

18. Nivel de Tabla de I. Q.:

Es la suma asegurada máxima contratada, especificada en la carátula y/o endosos de la presente póliza, así como en el correspondiente certificado individual, para intervenciones quirúrgicas.

19. Padecimientos Preexistentes:

Es aquella alteración de la salud:

- a) *Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y /o*
- b) *Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o*
- c) *Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o*
- d) *Por la cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.*

El criterio que se tomará para considerar los supuestos de los incisos a) y c), será la existencia de un dictamen médico, en el cual se haga constar que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de “LA ASEGURADORA”, en acudir ante un arbitraje privado previo acuerdo entre ambas partes.

“LA ASEGURADORA” acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por “LA ASEGURADORA”.

Para fines de esta póliza las enfermedades y/o malformaciones congénitas no se consideran preexistentes.

20. Pago Directo:

Sistema mediante el cual “LA ASEGURADORA” liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la presente póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la Red Médica; que los servicios respectivos

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

sean coordinados a través de “**LA ASEGURADORA**”; que el Asegurado cuente con su tarjeta de identificación; y, que la póliza no encuentre con adeudo de primas.

21. Pago Mixto:

Sistema de pago mediante el cual “**LA ASEGURADORA**” liquidará al Asegurado los gastos erogados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta póliza mediante los Sistemas de Pago Directo y Reembolso.

22. Período al Descubierto:

Es el lapso en el cual la prima del seguro no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes cubiertos, cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este período.

23. Período de Espera:

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura para cada Asegurado mediante esta póliza, para que se puedan cubrir ciertas enfermedades.

24. Período de Gracia:

Es el lapso de treinta días naturales, contado a partir del inicio de vigencia de la presente póliza o del recibo con que cuenta “**EL CONTRATANTE**” para que se pague la prima o cada una de las fracciones pactadas de la misma.

En este período no se otorgará el servicio de Pago Directo, operando en su caso el Sistema de Reembolso, una vez que la prima ha sido pagada.

25. Red Médica:

Se integra por los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos, gabinetes, centros de rehabilitación, entre otros, que prestan servicios bajo convenio con “**LA ASEGURADORA**” y que son coordinados por ella.

26. Reembolso:

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios o con quien “**LA ASEGURADORA**” no tenga convenio de pago directo, o que no se pueda establecer el pago directo y que posteriormente ésta reintegrará, los que procedan en los términos de la presente póliza, al propio Asegurado descontando el deducible y coaseguro correspondientes.

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por esta póliza, no podrá exceder del estipulado entre “**LA ASEGURADORA**” y los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos y de gabinete de la Red Médica, para servicios de la misma especialidad o categoría, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

27. Suma Asegurada:

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene “**LA ASEGURADORA**” por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

Dicho monto se determinará multiplicando el número de unidades indicado en la carátula y/o coberturas adicionales y/o endosos de la presente póliza por la Unidad de Actualización de Medida Mensual (UMAM) al momento en que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad o accidente y nunca rebasarán la suma asegurada contratada; por lo que no se reinstalará para el mismo padecimiento y sus complicaciones.

28. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.):

Relación de intervenciones quirúrgicas donde se indica el porcentaje y el monto estipulado para cada uno de los procedimientos Médicos y Quirúrgicos que se aplicará al nivel de tabla contratado, para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas, incluye las visitas y consultas post-operatorias, por lo que no se cubrirán gastos adicionales por estos conceptos.

29. Tarjeta de Identificación:

Tarjeta de cada Asegurado, expedida por “LA ASEGURADORA” en la fecha de alta al seguro.

30. Trasplante:

Es el procedimiento médicamente necesario durante el cual:

- a) Uno o más órganos de un donante (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a una persona denominada el receptor.*
- b) El tejido proveniente del donante (vivo o fallecido); o del mismo receptor, es transferido quirúrgicamente al receptor ó a un área corporal diferente del mismo receptor.*

31. Catástrofe:

Se refiere a un suceso fatídico que altera el orden regular de las cosas. La catástrofe es un hecho natural o provocada por el ser humano, que afecta negativamente a la vida, al sustento o a la industria y desemboca con frecuencia en cambios permanentes en las sociedades humanas, en los ecosistemas y en el medio ambiente.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

3. COBERTURA BÁSICA

“LA ASEGURADORA” protege a cada Asegurado durante la vigencia de esta póliza y/o endosos de acuerdo con las Condiciones Generales, Cláusulas Generales y suma asegurada, deducible y coaseguro estipulados en cada certificado individual, si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto el Asegurado incurre en los gastos que se mencionan en la presente póliza.

4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquéllos en los que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico cirujano legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento acordes con el gasto usual y acostumbrado en el lugar donde se proporcionen y sujetos a lo establecido en la presente póliza y/o endosos que se agreguen a la misma.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la presente póliza son los siguientes:

- 1. Gastos de hospital (clasificación B y C), representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos de la persona hospitalizada.*
- 2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital.*
- 3. Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes, estén relacionados con el padecimiento y se anexe comprobante o ticket fiscal de la farmacia con la receta. Dicho comprobante o ticket deberá especificar el nombre de cada uno de los medicamentos comprados y cumplir con los requisitos fiscales aplicables.*
- 4. Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica, Es el valor monetario de los servicios médicos que la Institución ha fijado para el pago de intervenciones quirúrgicas o médicas por cada Evento cubierto y que se cubrirán de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.*
 - 4.1 Los honorarios por consultas médicas, se cubrirán hasta el gasto usual y acostumbrado, con una visita al día como máximo.*
 - 4.2 Las consultas o visitas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica por lo que no se cubrirán gastos adicionales por estos conceptos.*
 - 4.3 Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% (treinta y cinco por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano, cubriendo con el 20% (veinte por ciento) al primer ayudante, en caso estrictamente necesario con el 10% (diez por ciento) al segundo ayudante y 5% (cinco por ciento) al instrumentista.*
 - 4.4 Los honorarios del anestesiista se cubrirán hasta el 30% (treinta por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.*

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por “LA ASEGURADORA”, por honorarios médicos por intervención quirúrgica.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

5. *Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, siempre que estos servicios sean médicamente justificados y sean indicados por el médico tratante para la convalecencia domiciliaria, con un máximo de tres turnos durante treinta días.*
6. *Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.*
7. *Equipo de anestesia.*
8. *Transfusiones, los insumos para transfusión de sangre, plasma u otros derivados sanguíneos aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes, indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto. Se cubren las pruebas cruzadas de los donadores definitivos. solo por unidad aplicada al asegurado. (Pruebas de compatibilidad, bolsa cuádruple, estudio completo de la sangre del donador, excluyéndose, estudio muestra piloto).*
9. *Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.*
10. *Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, terapia radioactiva y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que tenga relación directa con el padecimiento y exista un diagnostico definitivo.*
11. *Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardiaco artificial (marcapasos), oxígeno, que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto los cuales quedarán cubiertos, hasta el gasto usual y acostumbrado, siempre y cuando sean requeridos por primera vez en la vida del asegurado, previa valoración y autorización de “LA ASEGURADORA”.*
12. *Gastos de transporte de ambulancia, terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.*

El tipo de ambulancia que se cubrirá, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes:

Traslado de aeropuerto a aeropuerto, cuando el Asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar en que ocurrió ésta.

Los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea se cubren sólo a través del sistema de Reembolso.

13. *Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.*
14. *Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. Las reclamaciones por eventos*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

relacionados con esta cobertura deberán venir acompañadas del diagnóstico clínico, estudios de laboratorio y/o gabinete, radiografías, una segunda valoración por un médico designado por “LA ASEGURADORA” o cualquier otro estudio relacionada con el padecimiento.

15. *Tratamientos dentales, alveolares. Gingivales o maxilares, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.*

Queda excluida la reposición de prótesis existentes a la fecha de inicio de vigencia del respectivo certificado individual de la presente póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.

16. *Tratamiento psiquiátrico que a juicio de su médico tratante y a continuación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra, a consecuencia de alguno de los siguientes eventos siempre y cuando ocurran dentro del período de cobertura del asegurado:*

A. *Haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.*

B. *Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:*

- *Cáncer*
- *Accidente vascular cerebral,*
- *Infarto del miocardio,*
- *Insuficiencia renal, o*
- *Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias.*

C. *Mediante la comprobación que bajo violencia se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:*

- *Asalto,*
- *Secuestro, o*
- *Violación*

Este inciso procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el ministerio público o el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Las coberturas amparadas por esta cláusula son:

- *Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 14 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.25 UMAM máximo por consulta.*
- *Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.*

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplicará con el deducible establecido en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

Quedan excluidos de los beneficios de esta cláusula:

- **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad o accidente cubierto.**
- **Los padecimientos preexistentes.**
- **Los complementos posteriores al término de la vigencia arriba señalada.**
- **Los honorarios del médico psiquiatra que no pertenezca a la red Médica y de los medicamentos que prescriba, cuando no cuente en acreditación de la especialidad de Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.**

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

*Esta cobertura deja sin efecto el numeral **29 (veintinueve)** del apartado **6. EXCLUSIONES** de las **CONDICIONES GENERALES** de la póliza, siempre y cuando sea lo específicamente detallado en esta cobertura de tratamiento Psiquiátrico.*

17. *En cirugía de trasplantes orgánicos, los gastos amparados del donante serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico.*
18. *Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, femorales crurales, umbilicales, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal (cistocele, rectocele, prolapso rectal), colecistitis y litiasis biliar y en vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.*

*Se cubren las adherencias pélvicas, diástasis de rectos abdominales, y endometriosis, solo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por **"LA ASEGURADORA"**.*

19. *Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos del hijo nacido dentro de la vigencia de esta póliza y del correspondiente certificado individual de la Asegurada, siempre y cuando se haya notificado a **"LA ASEGURADORA"** sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento.*

Dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo Asegurado, siempre y cuando tanto la póliza como el certificado de seguro se encuentren vigentes.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido, quedan excluidos.

20. *Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio::*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

1. *Embarazo extrauterino.*
2. *Toxicosis gravídica y eclampsia.*
3. *Mola hidatiforme (Embarazo molar).*
4. *Fiebre puerperal.*

21. *Circuncisión, a consecuencia de una enfermedad cubierta, se excluyen las de carácter profiláctico.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

5. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

1. Se cubrirá la operación cesárea, considerándose como tal, aquélla que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño o de la madre (incluyendo el óbito fetal).

El monto máximo cubierto en esta cobertura para honorarios médicos/quirúrgicos y gastos de hospitalización es de \$20,000.00 (Veinte Mil Pesos 00/100 M.N.) por pago directo sin deducible y no aplica coaseguro.

Los honorarios médicos/quirúrgicos y gastos de hospitalización, se cubrirán hasta por \$20,000.00 (VEINTE MIL PESOS 00/100 M.N.), en esta cobertura se incluirán en la misma suma asegurada, los gastos del recién nacido sano (**condiciones normales**), como es la estancia en cunero fisiológico, incubadora, tamiz metabólico, para el caso de la atención del médico pediatra operará un límite de 3 UMAM sin aplicación de deducible y sin aplicación de coaseguro establecidos en la póliza. Se otorgará siempre y cuando la madre tenga 6 meses de vigencia en la póliza al día del nacimiento del hijo

Se cubrirán adicional a los gastos propios del recién nacido sano, su atención pediátrica, en **condiciones anormales**, hasta lograr su incorporación al seno familiar, con aplicación de deducible y sin aplicación de coaseguro establecidos en la póliza, siempre y cuando la madre tenga 6 meses de vigencia en la póliza al día del nacimiento del hijo y el menor sea asegurado en los primeros 30 días de vida.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular o la cónyuge del Asegurado Titular, cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años de edad, por lo que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o Asegurada Titular.

Al recién nacido NO se le aplicará vigencia.

2. Se encontrará cubierto a partir del quinto año de vigencia continua del correspondiente certificado individual del seguro con **"LA ASEGURADORA"**, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él, siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado antes o dentro de los cuatro años anteriores. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando haya estado asegurado con **"LA ASEGURADORA"**.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

6. EXCLUSIONES

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.

GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

- 1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.**
- 2. No se cubrirán los servicios y suministros no necesarios, para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.**
- 3. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal. (aires acondicionados, botellas de agua, purificadores de agua o equipos similares).**
- 4. Tratamiento médico o quirúrgico de tipo cosmético, plástico o estético u otros servicios y suministros que mejoren, alteren o realcen la apariencia y/o Tratamientos para corregir o evitar la calvicie y/o Cirugía para cambio de sexo o con cualquier tratamiento de trastornos de identidad de género.**
- 5. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.**
- 6. Gastos por gestión administrativa (fianzas) en hospitales.**
- 7. Tratamientos médicos o quirúrgicos, y/o dietéticos por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia, y cualquiera de naturaleza análoga, así como sus complicaciones.**
- 8. Medicamentos o suministros usados para el tratamiento de la disfunción eréctil, impotencia o disfunción o deficiencia sexual.**
- 9. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud o check-up. Tratamientos de inmunizaciones u otros servicios y suministros preventivos.**

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

-
10. *Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto externos o internos, prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.*
 11. *Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios.*
 12. *Dentales, alveolares, gingivales, o maxilares a menos que sean indispensables, a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en el numeral 15 del apartado 4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS de las Condiciones Generales de la presente póliza.*
 13. *Parto prematuro, desprendimiento de placenta, placenta previa, amenaza de aborto, aborto, cualquiera que sea su causa y/o complicaciones.*
 14. *Honorarios de ayudantes en parto o aborto involuntario.*
 15. *Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos punibles en que haya intervenido la Asegurada directamente.*
 16. *Tratamientos médicos o quirúrgicos de infertilidad, esterilidad, o cualquier tratamiento para procurar la gestación (No se cubrirán los procedimientos de inseminación artificial, fertilización in vitro o transferencia de embriones), control natal, (Por un procedimiento voluntario de esterilización o por la inversión de un procedimiento de esterilización, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes).*
 17. *Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, queratocono. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, Queratotomía radiada, queratomileusis, Epiqueratofaquia, queratoplastia penetrante y similar.*
 18. *Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.*
 19. *Tratamientos para corregir Hallux Valgus o Juanetes.*
 20. *Padecimientos preexistentes, según se define para esta póliza.*
 21. *Gastos derivados de los estudios que requieran los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos, a excepción de lo indicado en el numeral 8 y 17 del apartado “Gastos Médicos Cubiertos”.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

-
22. *Control, vigilancia y atención prenatal, tales como consultas de control del embarazo, estudios de laboratorio y de gabinete, medicamentos, complementos vitamínicos, entre otros.*
 23. *Malformaciones y padecimientos congénitos del Asegurado no protegido por “LA ASEGURADORA” desde su nacimiento.*
 24. *Padecimientos congénitos o nacimientos prematuros de cualquier Asegurado nacido dentro de la vigencia de la presente póliza a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.*
 25. *Estrabismo del Asegurado no protegido por “LA ASEGURADORA” a partir de su nacimiento.*
 26. *Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.*
 27. *Adquisición de prótesis no funcionales y reposición de las ya existentes antes del evento.*
 28. *Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías. Los relacionados con los servicios, tratamiento, pruebas de educación o capacitación relativa a las incapacidades de aprendizaje o retrasos del desarrollo, trastornos de la conducta, del aprendizaje, lenguaje o audición, independientemente de sus orígenes y consecuencias.*
 29. *Trastornos de la conducta, así como enajenación mental, demencia (Alzheimer y demencia senil), estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis y en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias.*

A excepción de que se derive de alguno de los eventos indicados en el numeral 16 del apartado 4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

30. *Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

31. *Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas del crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.*
32. *Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación, Que no han tenido la aprobación de la FDA (Federal Drug Administration); o que no ha sido otorgada para su comercialización o si tiene propósitos de investigación o el protocolo o los protocolos escritos usados por el centro de tratamiento o si tiene propósitos de investigación.*
33. *Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, salvo las derivadas del tratamiento de una enfermedad amparada o accidente amparado, tampoco se cubren en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.*
34. *Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.*
35. *Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, a consecuencia o bajo el influjo de drogas, narcóticos o alucinógenos, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad, salvo que éstos hayan sido prescritos por un médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión.*
36. *Padecimientos que resulten a consecuencia del alcoholismo o toxicomanías del asegurado que lo afecten directa o indirectamente.*
37. *Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.*
38. *Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquéllos derivados de riñas o peleas que el Asegurado haya provocado o participado directamente. Excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).*
39. *Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.*
40. *Accidentes o enfermedades ocasionados por la práctica profesional de cualquier deporte.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

41. *Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencia, entrenamientos, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelos sin motor, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el accidente ocurra dentro de su horario de labores.*
42. *Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.*
43. *Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado.*
44. *Todas aquellas enfermedades o accidentes amparados cuyo total de gastos médicos amparados no exceda al deducible estipulado en la carátula de la póliza.*
45. *Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de los deportes que se mencionan a continuación, con carácter enunciativo, no limitativo:*
- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <i>a). Alpinismo</i> | <i>b). Artes Marciales</i> | <i>c). Box</i> |
| <i>d). Buceo</i> | <i>e). Ciclismo</i> | <i>f). Charrería</i> |
| <i>g). g) Rapel</i> | <i>h). h) Equitación</i> | <i>i). i) Espeleología</i> |
| <i>j). Hockey</i> | <i>k). Tauromaquia</i> | <i>l). Montañismo</i> |
| <i>m). Motociclismo</i> | <i>n). Deportes aéreos y</i> | <i>o). Lucha libre o greco-</i> |
| <i>terrestre o acuático</i> | <i>similares</i> | <i>romana</i> |

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

7. CLÁUSULAS GENERALES

1. CONTRATO.

Esta póliza está constituida por:

- a) La solicitud y registros de asegurados.
- b) La carátula, que es el documento en que se identifica al **"EL CONTRATANTE"**, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido, los límites, Deducibles y Coaseguros pactados.
- c) El certificado individual, que es el documento en que se identifica al Asegurado y, en su caso, a sus Dependientes, y donde se especifican las coberturas contratadas, el periodo de seguro convenido, los límites, Deducibles y Coaseguros pactados. **"EL CONTRATANTE"** será la persona que entregue en forma física dicho documento al Asegurado titular correspondiente.
- d) Condiciones generales, la Guía de reclamaciones y la Tabla de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

En su caso, las cláusulas adicionales o endosos que son documentos que debidamente firmados por un funcionario autorizado de la Institución, modifican las condiciones generales del contrato. Bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

"EL CONTRATANTE" y todo Asegurado están obligados a declarar por escrito a **"LA ASEGURADORA"**, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de la información y hechos mencionados, aun cuando no haya influido en la realización del siniestro, facultará a **"LA ASEGURADORA"** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato o certificado individual, según se trate de quien haya sido el causante de la omisión o inexacta declaración, **"EL CONTRATANTE"** o el asegurado, respectivamente.

Esta cláusula aplicará para aquellos asegurados que se den de alta después de los treinta días de haber adquirido el derecho a formar parte de la colectividad.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **"LA ASEGURADORA"** a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado, deberá ser reintegrado a **"LA ASEGURADORA"** por el mismo.

3. COLECTIVIDAD ASEGURADA.

La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurada que hayan firmado los consentimientos respectivos, así como su cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular y que sean reportados con el carácter de Asegurado, de conformidad con la cláusula **7. ALTAS DE ASEGURADOS**, de esta póliza.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Cualquier modificación a las Condiciones y/o Cláusulas Generales de la presente póliza y/o endosos sólo podrá realizarse por escrito, previo acuerdo entre **"EL CONTRATANTE"** y **"LA ASEGURADORA"**. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por **"LA ASEGURADORA"**, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. OCUPACIÓN.

Si el Asegurado cambia de ocupación a otra con mayor grado de riesgo, **"EL CONTRATANTE"** deberá dar aviso por escrito a **"LA ASEGURADORA"**, dentro de los 30 días naturales siguientes a aquél en que tuvo conocimiento, la que se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación. **"LA ASEGURADORA"**, de aceptar el riesgo, determinará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien, podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo, notificando la determinación a **"EL CONTRATANTE"** dentro de los siguientes quince días naturales a aquél en que tuvo conocimiento.

Si **"EL CONTRATANTE"** no recibe ningún aviso dentro del periodo indicado, se entenderá que **"LA ASEGURADORA"** acepta el riesgo en las mismas condiciones pactadas inicialmente.

Si **"LA ASEGURADORA"** no recibe el aviso de aceptación de la extraprima correspondiente dentro de los siguientes quince días naturales a aquél en que se la comunicó a **"EL CONTRATANTE"**, no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen a consecuencia de la nueva ocupación.

6. RESIDENCIA.

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana. Se deberá notificar el lugar de residencia del cónyuge concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular, cuando éstos no vivan con él.

7. ALTAS DE ASEGURADOS.

Mientras esté en vigor la presente póliza, **"LA ASEGURADORA"** incluirá bajo la protección de la misma, con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual **"EL CONTRATANTE"** deberá solicitarlo por escrito a **"LA ASEGURADORA"**, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la presente póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Causarán alta en esta póliza, los Asegurados Titulares que posteriormente al inicio de vigencia de la misma, ingresen a la colectividad asegurada, obligándose **"EL CONTRATANTE"** a comunicarla por escrito a **"LA ASEGURADORA"** dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso.

Si la notificación se hace fuera de los treinta días naturales enunciados, el alta quedará condicionada a la previa aceptación por parte de **"LA ASEGURADORA"**. En caso de alta de un Asegurado dentro de la vigencia de la presente póliza, **"LA ASEGURADORA"** cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso y hasta el próximo vencimiento del aniversario de la prima.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

*El Dependiente Económico del Asegurado Titular, podrá ser dado de alta dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de iniciación de la cobertura o de la fecha en que adquirió el derecho a formar parte de la colectividad asegurada, notificándola a “**LA ASEGURADORA**” por escrito y acompañando la documentación que compruebe su parentesco con el Asegurado Titular.*

*Toda persona que dentro de los treinta días naturales siguientes a aquél en que formando parte de la colectividad asegurada de esta póliza no otorgue su consentimiento para formar parte de la colectividad asegurada, quedará sujeta a las condiciones de aceptación por parte de “**LA ASEGURADORA**”.*

*Si el Asegurado Titular determina asegurar a sus hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza, deberá notificarlo a “**LA ASEGURADORA**” dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su acontecimiento. De no haber sido notificada dentro de este período, la cobertura dará inicio hasta que el(la) hijo(a) sea dado(a) de alta.*

*Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá formar parte de la colectividad asegurada desde la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a “**LA ASEGURADORA**” dentro de los treinta días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificada dentro de ese período, la cobertura dará inicio hasta que el cónyuge sea dado de alta.*

*En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el Asegurado Titular lo notifique por escrito a “**LA ASEGURADORA**”, anexando la copia certificada del acta de nacimiento o matrimonio, según sea el caso. Asimismo se deberá efectuar el pago de la prima correspondiente al nuevo Asegurado.*

*Conforme a lo dispuesto en el Art. 17 del “**REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES**”.*

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada 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 de la colectividad de que se trate.

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

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

*“**EL CONTRATANTE**” se compromete a cubrir la parte proporcional de las altas, conforme se generen en el periodo de vigencia de la póliza.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

8. BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que se separen definitivamente de la Colectividad asegurada, así como el cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido, para lo cual **"EL CONTRATANTE"** se obliga a comunicarlo a **"LA ASEGURADORA"**, dentro de los treinta días naturales siguientes, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **"LA ASEGURADORA"** a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte de **"EL CONTRATANTE"**, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **"LA ASEGURADORA"**.

En caso de baja del Asegurado Titular de la póliza, automáticamente causarán baja de la misma tanto su cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, **"LA ASEGURADORA"** devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no exista un siniestro cubierto de éste, en cuyo caso, es obligación el pago de la prima anual.

Las personas que causen baja de la colectividad asegurada, podrán continuar aseguradas a partir de la fecha de baja y hasta el término de vigencia de la presente póliza con las mismas condiciones y beneficios contratados en la presente póliza, a petición expresa de los interesados, con la responsabilidad de pagar la prima correspondiente a cargo del Asegurado Titular y la de su cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular, en una sola exhibición directamente en las oficinas de **"LA ASEGURADORA"**.

Adicionalmente, mediante solicitud por escrito, el Asegurado Titular puede tramitar durante la vigencia de la póliza, la baja de su(s) ascendiente(s). Dicho movimiento se efectuará con carácter de irrevocable.

"LA ASEGURADORA" estará obligada a reembolsar a **"EL CONTRATANTE"** el monto de lo no devengado (por bajas de asegurados).

9. OBLIGACIONES DE "EL CONTRATANTE" RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS.

- a) Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, en el momento de la expedición de la presente póliza, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.
- b) Dar aviso a **"LA ASEGURADORA"**, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la(s) regla(s) establecida(s) para determinarla(s). Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.
- c) Comunicar a **"LA ASEGURADORA"** las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

Todos los movimientos anteriores deberá comunicarlos a “**LA ASEGURADORA**” dentro de los treinta días naturales siguientes en que éstos ocurran. De lo contrario, “**LA ASEGURADORA**” podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos y exigir el pago de primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

10. EDAD.

Para efecto de este contrato, las edades límites de aceptación y de renovación son:

- a) Asegurado Titular, sin límite de años, así como futuras altas que se generen en el transcurso de cobertura de la póliza.
- b) Cónyuge, Concubina o Concubinario, sin límite de edad.
- b) Hijos dependientes económicos, desde el nacimiento hasta los veinticuatro años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los veinticinco años de edad. Se aceptan a todos los dependientes económicos que actualmente están asegurados.
- c) Hijos dependientes económicos solteros mayores de veinticinco años, siempre y cuando sean solteros y acrediten ser estudiante. La edad máxima de aceptación de los hijos solteros mayores de 25 años es de 60 años. Cancelándose automáticamente a los sesenta y un años de edad. Se restringirán los nuevos ingresos de ésta categoría.
- d) Ascendientes del Asegurado Titular, sin límite de edad.

Para comprobar la edad del Asegurado, “LA ASEGURADORA” podrá solicitarle en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que “**LA ASEGURADORA**” tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados para este contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara. “LA ASEGURADORA” reintegrará el setenta por ciento de la parte de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la presente póliza. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que “LA ASEGURADORA” tenga conocimiento del hecho.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad alcanzada, “LA ASEGURADORA” estará obligada a reembolsar el setenta por ciento de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado correspondiente al tiempo que falte para terminar la vigencia, siempre y cuando se haya pago por el total del periodo de cobertura, el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad.

Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad alcanzada de algún Asegurado, “LA ASEGURADORA” sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad, en la fecha de celebración del contrato.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

11. PRIMAS.

La prima de los Asegurados Titulares, su cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes del Asegurado Titular, se determinará en función de la suma asegurada contratada para cada uno, además de su ocupación, sexo y edad aplicando las tarifas en vigor.

Quedando a cargo de **"EL CONTRATANTE"** el pago de la que corresponda a los Asegurados Titulares con recursos propios en una sola exhibición, y **a cargo del Asegurado Titular**, la correspondiente a su cónyuge, concubina o concubinario y/o hijos solteros menores y mayores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal y/o ascendientes, quien efectuará su pago en mediante cargo a su salario a través del sistema de nómina de **"EL CONTRATANTE"**, es decir, la prima de dependientes se le descontará al asegurado vía nómina de forma quincenal.

12. PERIODO DE GRACIA.

Se gozará de un lapso de treinta días naturales para liquidar el total de la prima pactada.

Si a las 12 horas del último día del período mencionado no se ha cubierto el total de la prima, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

13. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, el Asegurado liquidará el deducible y coaseguro, dependiendo de la enfermedad o accidente de que se trate y del Sistema de Pago de Indemnización utilizado, especificado en la cláusula 17. **SISTEMAS DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.**

14. PAGO DE RECLAMACIONES.

"LA ASEGURADORA" sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en hospitales debidamente autorizados.

No se hará por parte de "LA ASEGURADORA" pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en la ciudad de México, serán liquidadas en el curso de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que **"LA ASEGURADORA"** reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el interior de la República, el plazo máximo no excederá de diez días hábiles.

El tiempo de respuesta de pago de reembolso será en un lapso no mayor a 10 días hábiles; en el supuesto de rechazo, se entregará carta rechazo con detalle del mismo en un lapso no mayor a 6 días hábiles.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

En toda reclamación, el asegurado deberá comprobar a “LA ASEGURADORA” la ocurrencia del siniestro, presentando a “LA ASEGURADORA” las formas de declaración que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados tales como notas, facturas y/o recibos, las recetas originales, así como todos los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, “LA ASEGURADORA” quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

“LA ASEGURADORA” tendrá derecho en todo momento, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte de “EL CONTRATANTE” y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a “LA ASEGURADORA” de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

15. SISTEMAS DE PAGO DE INDEMNIZACIONES

Los Sistemas de Pago previstos en el seguro son:

a) PAGO DIRECTO

*El Sistema de Pago Directo considerado en esta póliza opera, de conformidad con los términos estipulados en las **DEFINICIONES** de la misma, siempre que el Asegurado requiera atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red Médica, en los casos que se indican a continuación:*

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

Los tiempos de respuesta para cirugía programada y pago directo serán de la siguiente forma:

Para cirugía programada el tiempo de respuesta no deberá ser mayor de 8 días, y para pago directo el tiempo de respuesta deberá ser no más de 48 horas.

***Trámite.-** “LA ASEGURADORA” valorará la intervención y/o el tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe entregar en el área de admisión del hospital y al médico tratante.*

Aquellas en que el asegurado no requiera hospitalización mayor a las 24hrs, en las cuales se rebase el tope de deducible.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite.-** El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación **y su estancia es mayor a 24 horas.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, “LA ASEGURADORA” por conducto de un médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte del Asegurado y si el médico tratante forma parte de la Red Médica.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

“LA ASEGURADORA” podrá nombrar un médico para verificar en el hospital en el que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

Aplicación del Deducible y Coaseguro en Pago Directo.-

En toda reclamación que sea autorizada por los Sistemas indicados con anterioridad, a través del sistema de Pago directo (I. Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos y II. Reporte en el hospital), siempre y cuando el asegurado sea considerado como paciente interno (hospitalizado) y médicamente justificada su estancia, y que se utilicen simultáneamente hospitales y médicos en convenio con esta aseguradora, se pagará el deducible y coaseguro y el Asegurado tendrá la obligación de pago de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento del egreso del hospital.

Cuando el médico tratante y/o el hospital no estén en convenio con esta aseguradora, el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible y del coaseguro sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital, según sea el caso, así como de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este seguro. El pago de los gastos cubiertos erogados se realizará a través del sistema de reembolso.

b) REEMBOLSO.

En caso de que no llegaran a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos que no estén en convenio con esta aseguradora por el Asegurado, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán mediante reembolso con sujeción a los términos y condiciones de la presente póliza, los cuales no deberán exceder del gasto usual y acostumbrado.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través del Sistema de Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a “LA ASEGURADORA” la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. *Formato de Declaración del Reclamante debidamente requisitado y firmado.*
2. *Formato de Declaración del Médico Tratante debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.*
3. ***Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho.***
4. *Los comprobantes o tickets que satisfagan los requisitos fiscales de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados.*
5. ***Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.***

En caso de que se presente por primera vez algún recibo expedido por un médico que con anterioridad no hubiera participado en la atención o tratamiento del Asegurado o éste no aparezca mencionado en el formato de Declaración del Médico Tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

6. *Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.*
7. *En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.*

Aplicación del Deducible y Coaseguro en Reembolso.- En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema de Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y el coaseguro sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital, según sea el caso, sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la carátula y/o endosos de la presente póliza.

c) PAGO MIXTO.

El Sistema de Pago Mixto se refiere a aquél en que parte de los gastos generados por el Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, **“LA ASEGURADORA”** los liquida directamente al prestador del servicio, de conformidad con el inciso **a)** anterior, y otra parte es liquidada por el propio Asegurado, que pagará **“LA ASEGURADORA”** mediante el Sistema de Reembolso, con sujeción a los términos estipulados en la póliza.

d) PAGO COMPLEMENTARIO.

El sistema de pago complementario se refiere a aquél en que, independientemente del Sistema de Pago con el cual se hubiera iniciado una reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, los gastos generados y liquidados por el Asegurado antes o después de la atención médica y/o quirúrgica autorizada por **“LA ASEGURADORA”**, se reembolsan con sujeción a los términos estipulados en la presente póliza y de conformidad con el sistema de pago que le dio origen.

e) Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, se aplicará el pago del deducible y del coaseguro.

f) Emergencia Médica.- Cuando el Asegurado haya erogado gastos por una emergencia médica y éstos se hubieran efectuado durante el período de estancia en el hospital por dicha emergencia, se eliminará el coaseguro de los gastos derivados de la emergencia, en caso de que la reclamación sea procedente.

g) Cuantía del Reembolso.- La cantidad que **“LA ASEGURADORA”** pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

1. *Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza y/o endosos de la misma.*
2. *A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactados en la presente póliza y/o endosos de la misma.*
3. *Por cada enfermedad cubierta, el deducible se aplicará una sola vez y el coaseguro se aplicará por reclamación.*
4. **En caso de fallecimiento del Asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.**

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

16. PERIODO DE BENEFICIO.

Si la póliza se renueva anualmente sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad y/o accidente cubierto en la vigencia anterior hasta el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento del primer gasto erogado por la enfermedad y/o accidente respectivo, sin que aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos.

*Si la presente póliza y/o correspondiente certificado individual se cancela(n) por cualquiera de las causas mencionadas en la cláusula 27. **TERMINACIÓN DEL CONTRATO**, de la misma o no se hace la renovación anual de ella o la contratación de una póliza Individual de Gastos Médicos Mayores con “**LA ASEGURADORA**”, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia, de una y/u otro, de la cancelación de la presente póliza o separación de la colectividad asegurada, aun cuando la reclamación haya iniciado dentro del periodo de vigencia.*

17. REHABILITACIÓN.

*No obstante lo dispuesto en la cláusula 11. **PRIMAS** de las Condiciones Generales, “**EL CONTRATANTE**” podrá dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.*

*Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, “**EL CONTRATANTE**” solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, “**LA ASEGURADORA**” ajustará y en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.*

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

*Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar “**LA ASEGURADORA**”, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que emita con posterioridad a dicho pago.*

18. MONEDA.

*Todos los pagos relativos a este instrumento, ya sean por parte de “**EL CONTRATANTE**”, las dependencias o el Asegurado o “**LA ASEGURADORA**”, se harán en moneda nacional.*

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

19. **REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA.**
En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

20. **OTROS SEGUROS.**
En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros en ésta u otras aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos.

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

21. **INDEMNIZACIÓN POR MORA.**
En el caso de que “LA ASEGURADORA”, 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 cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

22. **PRESCRIPCIÓN.**
Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que “LA ASEGURADORA” 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

23.

COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la “LA ASEGURADORA” a los teléfonos 5328-9000 o 01 800 9071111 extensiones 7032 o 5340, así como en la página www.metlife.com.mx, o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

24.

REGIMEN DE LA PÓLIZA.

Se hace constar expresamente que esta póliza resulta de las negociaciones efectuadas entre “EL CONTRATANTE” y “LA ASEGURADORA”.

25.

AVISOS Y NOTIFICACIONES.

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a “LA ASEGURADORA”, por escrito, en su domicilio social localizado en Av. Insurgentes Sur 1457, Col. Insurgentes Mixcoac, C.P. 03920, Alcaldía Benito Juárez, CDMX, México.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de “LA ASEGURADORA” llegare a ser diferente de la indicada en el párrafo anterior, “LA ASEGURADORA” deberá comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los que “LA ASEGURADORA” haga a “EL CONTRATANTE”, o al Asegurado, los dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

26.

DERECHO DE “EL CONTRATANTE” PARA CONOCER EL MONTO DE CONTRAPRESTACIÓN AL INTERMEDIARIO EN SEGUROS.

Durante la vigencia de la póliza, “EL CONTRATANTE” podrá solicitar por escrito a “LA ASEGURADORA” 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 ASEGURADORA” 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.

27.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en las fechas de determinación indicadas en esta póliza o antes si “EL CONTRATANTE” así lo solicita.

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 20 del REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, se establece que en caso de que el presente Seguro sea objeto de otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de “CONTRATANTE”, “LA ASEGURADORA” podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

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.

28. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo a **"EL CONTRATANTE"**.

29. CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO.

Se hace del conocimiento del asegurado que si éste fue sometido a examen médico durante el proceso de suscripción de la presente póliza, no podrá determinarse que se trata de un Padecimiento Preexistente respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen.

30. AUTOADMINISTRACIÓN DE CONSENTIMIENTOS.

"EL CONTRATANTE" es responsable de archivar¹ en el expediente personal del asegurado, el original del consentimiento para ser asegurado firmado por el propio asegurado.

Para comprobar que existen estos documentos **"LA ASEGURADORA"** podrá solicitarle en cualquier momento las pruebas correspondientes. Lo anterior con la finalidad de dar cumplimiento al "Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades" emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el 20 de julio de 2009.

31. AGRAVACIÓN DEL RIESGO¹.

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

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

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

¹ En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 25 de octubre de 2016 con el número CGEN-S0034-0165-2016.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

- I. *Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga*
- II. *Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).*

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

Las obligaciones de MetLife México, S.A. de C.V., quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en casos de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 148 Bis, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (Las actividades ilícitas).

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

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

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

Cabe señalar que en las pólizas de seguro contratadas, en el caso de que exista una cláusula de carencia de restricciones, el texto anterior se adicionará como excepción a dicha cláusula.

32. VIGENCIA.

*La presente póliza tiene vigencia a partir de las **doce horas del día treinta y uno de marzo de dos mil veinticuatro hasta las doce horas del día treinta y uno de mayo de dos mil veinticuatro**, la cual podrá ser ampliada mediante voluntad expresa de **“EL CONTRATANTE”** y **“LA ASEGURADORA”** mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.*

CLAUSULA TRANSITORIA

***“LA ASEGURADORA”** hace constar que las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, se encuentran sujetas a la no contravención de disposiciones legales en materia de austeridad, así como a la autorización legal del presupuesto en favor de **“EL CONTRATANTE”**, para el pago de prima convenido.*

*A falta de cualquiera de las condiciones referidas, **“EL CONTRATANTE”** reconoce y acepta que **“LA ASEGURADORA”** podrá dar por terminado anticipadamente el seguro, sin responsabilidad alguna para ella, debiéndosele cubrir los gastos no recuperables por el tiempo en que estuvo vigente el contrato.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

8. COBERTURAS ADICIONALES

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada de la cual esta póliza hace referencia, consignando ésta antigüedad como la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza y/o certificado individual de Gastos Médicos Mayores, expedido al Asegurado por una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura desde esa fecha y hasta la fecha de alta a esta póliza, conforme a los siguientes términos:

1. *El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicha condición. El plazo de reducción o eliminación se efectuará de acuerdo al período reconocido por **"LA ASEGURADORA"**.*
2. *No equivale ni es computable para conceder la cobertura de preexistencia. En todo caso, los padecimientos preexistentes se cubrirán de acuerdo con las condiciones de la **COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**, de esta póliza.*
3. *No se dará continuidad ni se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la póliza con **"LA ASEGURADORA"** o del correspondiente certificado individual. En todo caso, **"LA ASEGURADORA"** pagará los gastos erogados durante la vigencia de la póliza, de conformidad con lo estipulado en la **COBERTURA DE PAGO DE COMPLEMENTOS**, de la misma.*
4. *No equivale ni es computable para cubrir los gastos que se eroguen provenientes de malformaciones o padecimientos congénitos.*
5. *No equivale ni es computable para cubrir el evento de Parto, si la gestación ocurrió con anterioridad a la vigencia de esta póliza y/o del correspondiente certificado individual. En todo caso, el parto se cubrirá de acuerdo con las condiciones de la **COBERTURA DE PARTO NORMAL** de esta póliza.*
6. *Si la documentación con la cual se respalda el período cubierto en otra aseguradora, no se presenta al contratar la póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de **"LA ASEGURADORA"**.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

PARTO

SUMA ASEGURADA: \$20,000.00 M.N.

DEDUCIBLE: NO APLICA

COASEGURO: NO APLICA.

Se hace constar que se cubrirán los gastos en que incurra la Asegurada Titular o Cónyuge o concubina del Asegurado Titular, originados por la atención de un **PARTO**, bajo los términos siguientes:

1. Gastos correspondientes únicamente a hospitalización y honorarios médicos inherentes a la atención del parto.
2. Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del parto: Erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, Laceración del canal del parto, Polihidramnios y oligohidramnios, Ruptura, Inversión o atonía uterina y Várices vulvares y vaginales. Las cuales se cubrirán con una suma asegurada adicional de 20,000.00 (Veinte Mil Pesos 00/100 M.N) **con aplicación de deducible y coaseguro.**
3. **Sólo se cubrirá a la Asegurada Titular o Cónyuge o Concubina del Asegurado Titular, cuya edad se ubique entre los dieciocho y los cuarenta y cinco años.**
4. Los gastos originados quedarán cubiertos siempre y cuando la madre tenga 6 meses de vigencia en la póliza al día del nacimiento del hijo.
5. Los honorarios médicos/quirúrgicos y gastos de hospitalización, se cubrirán hasta por \$20,000.00 (VEINTE MIL PESOS 00/100 M.N.), en esta cobertura se incluirán en la misma suma asegurada, los gastos del recién nacido sano (condiciones normales), como es la estancia en cunero fisiológico, incubadora, tamiz metabólico, para el caso de la atención del médico pediatra operará un límite de 3 UMAM sin aplicación de deducible y sin aplicación de coaseguro establecidos en la póliza. Se otorgará siempre y cuando la madre tenga 6 meses de vigencia en la póliza al día del nacimiento del hijo

Se cubrirán adicional a los gastos propios del recién nacido sano, su atención pediátrica, en **condiciones anormales**, hasta lograr su incorporación al seno familiar, con aplicación de deducible y sin aplicación de coaseguro establecidos en la póliza, siempre y cuando la madre tenga 6 meses de vigencia en la póliza al día del nacimiento del hijo y el menor sea asegurado en los primeros 30 días de vida.

Al recién nacido NO se le aplicará vigencia.

6. La cobertura sólo será aplicable a los gastos erogados dentro del Territorio Nacional.
7. Honorarios médicos/quirúrgicos sujetos al límite de Suma Asegurada contratada para este beneficio, **por pago directo** sin aplicación de deducible, no aplica coaseguro.
8. La operación cesárea queda cubierta y en los términos del numeral **1 del apartado ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA** de las **CONDICIONES GENERALES** de la póliza.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

9. Los Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Intervención quirúrgica con motivo de Embarazo extrauterino, Toxicosis gravídica y eclampsia, Mola hidatiforme (Embarazo molar) y Fiebre puerperal, quedan cubiertos y en los términos del numeral **20 del apartado GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS** de las **CONDICIONES GENERALES** de la póliza.

Esta cobertura no ampara:

- * ***Honorarios de ayudante del ginecólogo.***
- * ***Control, vigilancia y atención prenatal, tal como consultas de control del embarazo, estudios de laboratorio y de gabinete, medicamentos, complementos vitamínicos, entre otros.***
- * ***Gastos o tratamientos del recién nacido sano, como incubadora, cuneros, honorarios del pediatra, circuncisión, perforación del lóbulo de la oreja, pañales desechables, servicio de fotografía, gastos de registro y/o bautizo, entre otros.***

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

1. ***Concluir la vigencia de la póliza y/o certificado individual, por cualquiera de las causas en ella convenidas.***
2. ***La cancelación del presente beneficio.***

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Es aquel padecimiento:

- a) *Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o*
- b) *Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o*
- c) *Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o*
- d) *Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.*

El criterio que se tomará para considerar el inciso a) y c) será la existencia de un dictamen médico, en el cual se consta que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

*Deja sin efecto el inciso 20 (veinte) del apartado 6. **EXCLUSIONES** de las **CONDICIONES GENERALES** de esta póliza, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:*

- a) *Se cubrirán los padecimientos preexistentes siempre y cuando en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del asegurado a ésta póliza, no haya estado bajo tratamiento o vigilancia médica y que dicho padecimiento no hubiere sido cubierto por otra compañía aseguradora o sea considerado un complemento o cola de siniestro.*
- b) *Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

SUMA ASEGURADA: 50,000.00 US DOLARES.

DEDUCIBLE: 100 US DOLARES.

COASEGURO: SI APLICA.

Protege a los asegurados con cobertura nacional del riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente que pueda ser considerado como emergencia médica fuera del Territorio Nacional, cuando estén realizando un viaje de placer o de negocios, por un periodo no mayor a 90 días.

*Considerándose como emergencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, ya sea por una enfermedad o por un accidente cubierto por esta póliza, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital o sanatorio, dentro de las 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente **"LA ASEGURADORA"** cubrirá el costo del mismo ajustándolo previamente a las condiciones consignadas en esta póliza.*

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente o traumática del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia y por lo tanto el beneficio de esta póliza.

"LA ASEGURADORA" efectuará el pago de la reclamación de acuerdo a la suma asegurada vigente para esta cobertura.

GASTOS CUBIERTOS

1. *Servicios de Hospital.- Cuarto semiprivado y alimentos, medicamentos, unidades de cuidado intensivo, salas de operación y recuperación, sala de emergencia, servicios especiales de enfermería, análisis de laboratorios, rayos X, electroencefalogramas y electrocardiogramas.*
2. *Servicios Médicos.- Visitas médicas, intervención quirúrgica, anestesia, servicios de primeros auxilios, análisis de laboratorios y rayos X.*
3. *Otros Servicios.- Ambulancia terrestre, transfusiones, prescripciones médicas, oxígeno.*

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Exclusiones que figuren en esta póliza y endosos anexos a ésta, así como:

- a) **Todo tipo de gasto realizado por los acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorios u hospitales.**

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

- b) Las emergencias de padecimientos preexistentes que se presenten durante el primer año de vigencia de este beneficio, para cada Asegurado.***
- c) Cualquier tratamiento de rehabilitación.***
- d) Servicios de enfermería fuera del hospital.***
- e) El parto y la cesárea no serán considerados como emergencia médica en ningún caso.***
- f) Los gastos del hospital o sanatorio representados por el costo de la habitación y alimentos, que quedarán limitados al costo correspondiente a cuarto semiprivado.***

Todos los gastos efectuados en el extranjero y cubiertos por esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

El pago será vía reembolso.

La suma asegurada de esta cobertura, será efectiva única y exclusivamente durante el período de vigencia de esta póliza.

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0693

PAGO DE COMPLEMENTOS

Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes iniciados en las vigencias anteriores en la póliza contratada del Seguro de Gastos Médicos Mayores por **"EL CONTRATANTE"** con otras aseguradoras, bajo las siguientes condiciones:

- a) Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en las pólizas de las vigencias anteriores, contratadas por **"EL CONTRATANTE"** para proteger a la misma colectividad de la presente póliza.
- b) Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectúe el primer gasto y hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.
- c) Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en las aseguradoras anteriores, ni en el cambio con **"LA ASEGURADORA"**.
- d) Se cubrirán pagos de complementos o colas siempre y cuando exista suma asegurada remanente, es decir, solo serán cubiertos los complementos hasta el remanente de suma asegurada contratada al momento del inicio del primer gasto por el padecimiento reportado. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.
- e) Solo se cubrirán complementos de entrada excluyendo los y de salida.
- f) **"LA ASEGURADORA"** solo será responsable del pago total de reclamaciones abiertas durante la vigencia en la que se haya adjudicado la cuenta.
- g) Se proporcionará la información de siniestralidad.
- h) Que la atención médica se preste en Territorio Nacional.

"LA ASEGURADORA"



MARCO ANTONIO RAMOS VEGA
GERENTE DE OPERACIÓN INSTITUCIONAL PÚBLICO

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 el registro número CNSF-S0034-0198-2013 de fecha 05 de Abril de 2013.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de abril de 2015, con número RESP-S0034-0401-2015.