

SEGURO COLECTIVO
GASTOS MÉDICOS MAYORES

Condiciones
Generales

PÓLIZA GM0912.
VIGENCIA DEL 01/01/2024 AL 31/12/2024.

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

Condiciones Generales



SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

1. CARÁTULA DE PÓLIZA

CONTRATANTE: INSTITUTO MEXICANO DE TECNOLOGÍA DEL AGUA.							
COLECTIVIDAD ASEGURADA: TECNÓLOGOS DEL AGUA DE LOS NIVELES "M", "N" Y "O" ASÍ COMO CÓNYUGE, CONCUBINA, CONCUBINO O PAREJA DEL MISMO SEXO RECONOCIDA POR LA LEGISLACIÓN APLICABLE, HIJOS DE HASTA 25 AÑOS DE EDAD Y ASCENDIENTES EN PRIMER GRADO (PADRE O MADRE) DE HASTA 85 AÑOS DE EDAD.							
EN EL CASO DE PERSONAL DE NUEVO INGRESO SOLO SE ASEGURA AL TITULAR.							
Domicilio:							
Calle y número		Colonia		Código Postal			
PASEO CUAUHNAHUAC No. 8532		PROGRESO		62550			
Población, Municipio o Delegación		Estado					
JIUTEPEC		MORELOS					
CONDICIONES DE LA PÓLIZA							
Plan COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	Desde las 00:00 hrs.			Hasta las 24:00 hrs.			Forma de Pago TRIMESTRAL Moneda NACIONAL
	Vigencia	Día	Mes	Año	Día	Mes	
	01	01	2024	31	12	2024	
Prima	Cobertura		Sumas Aseguradas		Deducible	Coaseguro	
SEGÚN ANEXO	NACIONAL		DE ACUERDO AL NIVEL DEL SERVIDOR PÚBLICO (ANEXO)		DE ACUERDO AL ANEXO	DE ACUERDO AL ANEXO	
LÍMITES PARA CADA ENFERMEDAD O ACCIDENTE							
HONORARIOS QUIRÚRGICOS			55 UMAM				
HONORARIOS DE ANESTESISTA			30% DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS				
HONORARIOS DEL PRIMER AYUDANTE			20% DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS				
HONORARIOS DEL SEGUNDO AYUDANTE			10% DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS				
HONORARIOS DEL INSTRUMENTISTA			5% DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS				
HONORARIOS DE ENFERMERA			MÁXIMO 3 TURNOS DE 8 HORAS DURANTE 45 DÍAS				
CUARTO Y ALIMENTOS			PRIVADO ESTÁNDAR				
CAMA EXTRA			INCLUIDA				
VISITAS O CONSULTAS MÉDICAS			MÁXIMO UNA DIARIA POR ASEGURADO				
CESÁREA			10 UMAM.				
COBERTURAS ADICIONALES							
<ul style="list-style-type: none">_ RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD_ PARTO_ ABORTO INVOLUNTARIO_ PADECIMIENTOS PREEXISTENTES_ DEPORTE PELIGROSOS_ PADECIMIENTOS CONGÉNITOS_ PAGO DE COMPLEMENTOS							
MetLife México, S.A. 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.							

Condiciones Generales



SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

ANEXO

Las sumas aseguradas correspondientes a cada nivel, son las siguientes:

Descripción	Nivel	Suma Asegurada Básica
		UMAM
Tecnólogo del Agua "C" Titular	M	185
Tecnólogo del Agua "C" Adjunto	M	185
Tecnólogo del Agua "C" Asociado	M	185
Tecnólogo del Agua Decano	M	185
Tecnólogo del Agua "A" Titular	N	148
Tecnólogo del Agua "A" Adjunto	N	148
Tecnólogo del Agua "B" Titular	N	148
Tecnólogo del Agua "B" Adjunto	N	148
Tecnólogo del Agua "B" Asociado	N	148
Tecnólogo del Agua "A" Asociado	O	111

UMAM (Unidad de Medida y Actualización mensual) Se debe considerar la que se encuentre vigente para el 2023, como se establece en los presentes requisitos técnicos.

El monto de la suma básica del Tecnólogo del Agua será la misma para todos sus Asegurados.

La cobertura es potenciada a elección del Asegurado cuando decide incrementar su suma asegurada básica (dependiendo de su nivel tabular) desde 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000 y hasta 34,219 UMAM., o de acuerdo a las que maneje la aseguradora adjudicada.

La suma asegurada potenciada del Tecnólogo del Agua será la misma para todos sus Asegurados, salvo en el caso de los ascendientes, que podrá ser distinta a elección del titular.

Condiciones Generales



SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

Deducibles y coaseguros aplicables al contrato en los términos señalados en las presentes Condiciones Generales

TABLA 1

	Deducibles y coaseguros
Deducible en la República Mexicana para titulares, cónyuges, concubina, concubino o pareja del mismo sexo e hijos	4 UMAM (aplicables a toda la colectividad para los casos que se presenten por enfermedad, accidente o maternidad homologándolos para todos los hospitales)
Deducible en la República Mexicana para ascendientes	4 UMAM (como se establezca en la póliza)
Coaseguro en la República Mexicana	10%

TABLA 2

HOSPITALES	DEDUCIBLES
Hospital Ángeles del Pedregal	4 UMAM (como se establezca en la póliza)
Hospital Ángeles de las Lomas	
Hospital ABC	
Hospital ABC Santa Fe	
Ángeles de Querétaro	
Ángeles Mocol	
Corporativo Hospital Satélite	
Hospital San José de Monterrey	
Dio Med	
Star Médica (todos)	
Ángeles Acoxta	
Hospital Ángeles Metropolitano	
Ángeles Clínica Londres	
Médica Sur	
Ángeles Lindavista	
Hospital San Javier	

Los deducibles establecidos en la Tabla 2 no aplicarán para los ascendientes, para éstos aplicarán los deducibles establecidos en la Tabla 1, con independencia del hospital donde se atiendan.

El deducible será de 4 UMAM, en los casos no previstos.

2. DEFINICIONES

1. **Accidente Cubierto:**

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada (dentro del territorio nacional) que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen y se encuentre amparado en los términos de las Condiciones Generales.

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 que por formar parte de la colectividad asegurada en el contrato, tiene el carácter de titular si es a cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual o, si se trata de la persona que para efectos del seguro se designa como su cónyuge, concubina, concubino o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, o hijos del Asegurado titular, y ascendientes en primer grado (padre y/o madre) del Asegurado titular, que éste determine proteger.

3. **Aseguradora:**

La Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de Seguros a la que se adjudique el contrato.

4. **Caso fortuito o de fuerza mayor:**

Aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre y cuando no se haya dado causa o contribución a ellos.

5. **Causa del siniestro:**

Es el motivo que originó el siniestro cubierto derivado de un accidente, enfermedad, parto o cesárea.

6. **Centros de atención:**

Instalaciones de "LA ASEGURADORA" o módulos hospitalarios en la Ciudad de México y en las distintas Entidades federativas de la República Mexicana a través de las cuales se atienden y orientan las reclamaciones de los siniestros de los Asegurados.

7. **Certificado individual:**

Es el documento que emitirá "LA ASEGURADORA" para cada Asegurado titular, con al menos los siguientes datos:

- a) Nombre de la Entidad de adscripción del Asegurado titular;
- b) Nombre del Asegurado titular;
- c) En su caso, nombre de su cónyuge, concubina o concubino, pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes, su parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad;
- d) Inicio y término de vigencia;
- e) Fecha de antigüedad;
- f) Fecha de ingreso a la colectividad asegurada;
- g) Prima a cargo del Asegurado con IVA desglosado;
- h) Prima a cargo de "EL CONTRATANTE" (separando por potenciación y/o ascendientes);
- i) Forma de pago (se refiere a la prima de potenciación y/o ascendiente a cargo del Asegurado);
- j) Suma asegurada básica, en su caso potenciación;

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

- k) Deducible (indicar que es de acuerdo al hospital, con base en las Condiciones Generales);
l) Coaseguro, y principales coberturas.

El certificado deberá incluir la siguiente leyenda: "Los términos y condiciones del seguro se encuentran establecidos en las Condiciones Generales".

8. Coaseguro:

Porcentaje especificado en el certificado individual y en las Condiciones Generales que corre a cargo del Asegurado y que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible, de acuerdo con las condiciones establecidas.

9. Contrato:

Instrumento jurídico a través del cual "LA ASEGURADORA" se obliga, mediante el cobro de una prima, a pagar los gastos médicos y hospitalarios al verificarse cualquier eventualidad prevista en las Condiciones Generales.

10. "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.

11. Costo Razonable:

Aquél cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y "LA ASEGURADORA", en consideración con 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. El monto máximo del Seguro Médico cubierto por el contrato, para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros) con los que "LA ASEGURADORA" no tenga convenio de Pago Directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

12. Cuarto Privado Estándar:

Cuarto de hospital, clínica o sanatorio, aislado, con teléfono, televisión, baño privado y con alimentos incluidos para el Asegurado.

13. Deducible:

Cantidad fija de UMA a cargo del Asegurado, correspondiente a los gastos médicos cubiertos, por cada siniestro.

14. Emergencia o urgencia médica:

Enfermedad o accidente cubierto que pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, motivo por el cual ingresa por el área de urgencias o emergencias a un hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas. Será cubierto mediante pago directo por "LA ASEGURADORA", siempre y cuando se trate de hospital y/o médicos de red. Esta cobertura aplica en territorio nacional.

15. Endoso:

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

16. Enfermedad Congénita:

Es aquella que se produce durante el período de gestación y que puede manifestarse desde el nacimiento o en cualquier etapa de la vida.

17. Enfermedad Cubierta:

Es toda alteración en la salud del Asegurado debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico y/o quirúrgico y se encuentre amparado en el contrato. Para efectos del contrato se incluye parto y cesárea.

18. Evento de enfermedad cubierta:

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por el contrato, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad.

Respecto al accidente cubierto, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo accidente.

19. Fecha de antigüedad:

La fecha a partir de la cual el Asegurado cuenta con la protección de una póliza de Seguro Médico Colectivo de forma individual o contratada a través de otra colectividad distinta o de otro grupo, con cualquier Aseguradora, y sólo servirá para reducir o eliminar periodos de espera siempre y cuando la protección haya sido continua e ininterrumpida.

20. Fecha de ingreso a la colectividad asegurada:

Es la fecha en que ingresó el Asegurado a esta colectividad asegurada, independientemente de la vigencia o Aseguradora que proporcionó el servicio del SMC al **"EL CONTRATANTE"**. Ésta fecha será la que se expresará en la tarjeta y en el certificado individual para servir de referencia en caso de preexistencia. Asimismo, **"LA ASEGURADORA"** deberá tenerla registrada en su sistema.

21. Fecha de siniestro:

En el caso de accidente se refiere a la fecha de ocurrencia del evento que dio origen al siniestro. En el caso de enfermedad se refiere a la fecha de diagnóstico del padecimiento cubierto de acuerdo con las Condiciones Generales.

22. Gasto Médico:

Es cualquier erogación que se realiza para la atención y/o tratamiento médico de un accidente, enfermedad, parto o cesárea.

23. Gasto Médico Mayor:

Es la acumulación de gastos médicos que se generan 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.

24. 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.

25. Hospital:

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos, accidentados o servicios de ginecología. Incluye sanatorios y clínicas.

26. Hospitalización:

Es la estancia continua en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

27. LAASSP:

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

28. “LA ASEGURADORA”:

MetLife México, S.A.

29. Médico coordinador:

Médicos contratados por “LA ASEGURADORA” encargados de apoyar en la asesoría y gestión de trámites médicos a los Asegurados que necesiten utilizar el servicio, se acreditan mediante copia del contrato que demuestren las funciones, cédula profesional y comprobante de domicilio en la plaza en la que se encuentra asignado.

30. Nivel de Tabla de I. Q.:

Es el monto máximo contratado, especificado en el contrato y en cada certificado individual, para intervenciones quirúrgicas. El importe a pagar dependerá del procedimiento quirúrgico y en su caso, del lugar (zona geográfica) donde se realice.

31. Padecimientos Preexistentes:

Son aquellos que: Previo al ingreso a la colectividad asegurada, se haya declarado al Asegurado la existencia de un padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Previo al ingreso a la colectividad asegurada, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos del contrato, las enfermedades congénitas no se considerarán padecimientos preexistentes, por lo que para este tipo de enfermedades deberá aplicar lo establecido en el **numeral 5. Enfermedades y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera, subnumeral 4. Padecimientos Congénitos.**

32. Pago de complementos y/o colas de siniestros:

Es la continuidad en el pago de las reclamaciones originadas anteriormente al inicio de la presente vigencia (a partir del 1 de enero de 1997 y durante los años subsecuentes hasta diciembre del 2020, a la celebración del contrato siempre y cuando exista suma asegurada remanente.

“LA ASEGURADORA” a la que se le adjudique el contrato dará continuidad al pago de complementos y/o colas de siniestros, siempre y cuando exista suma asegurada remanente de acuerdo con la información proporcionada en la siniestralidad y el contrato se encuentre vigente con “LA ASEGURADORA”.

33. Pago Directo:

Sistema de pago mediante el cual “LA ASEGURADORA” liquidará directamente al prestador de servicios, hospital o médico en convenio, los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por el contrato. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la Red Médica (hospital y médico de la red) o en su caso que el hospital esté en la Red de “LA ASEGURADORA”, que el médico acepte el tabulador de “LA ASEGURADORA” y que los servicios respectivos sean coordinados a través de “LA ASEGURADORA”; que el Asegurado cuente con su tarjeta de identificación; y que el contrato no se encuentre con adeudo de primas.

34. 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 el contrato mediante los Sistemas de Pago Directo y Reembolso.

35. 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.

36. Período de Espera:

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura sin períodos al descubierto para cada Asegurado, para que “LA ASEGURADORA” pueda cubrir las enfermedades establecidas con períodos de espera. Si el Asegurado recurre a los servicios de la Red Médica, se puede eliminar el período de espera en algunas enfermedades del apartado “Enfermedades y tratamientos cubiertos con periodo de espera”, previstos por el contrato.

37. Período de Gracia:

Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir del inicio de vigencia del contrato con que cuentan “EL CONTRATANTE” para pagar la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

38. Prima:

Costo que establecerá “LA ASEGURADORA” por otorgar el servicio descrito en el contrato.

39. Póliza:

Número con el que “LA ASEGURADORA” identificará a “EL CONTRATANTE” en el contrato.

40. 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.

41. 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 Costo Razonable.

42. Seguro médico:

Es la acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad, parto o cesárea cubiertos por el contrato y que rebasan el deducible contratado, el cual se encuentra especificado en el certificado individual y en las Condiciones Generales.

43. Red de prestadores de servicios médicos auxiliares:

Es el conjunto de prestadores de servicios complementarios a la atención médica (farmacias, laboratorios, ambulancias, estudios de gabinete, oxígeno, medicina física y rehabilitación, aparatos ortopédicos, entre otros) con los que deberá contar “LA ASEGURADORA” que ha asumido el riesgo.

44. Red de hospitales:

Es la red de hospitales, clínicas y sanatorios en territorio nacional que tenga convenio con “**LA ASEGURADORA**” que proporcionará el servicio, los cuales serán contratados directamente por “**LA ASEGURADORA**” que ha asumido el riesgo y por ningún concepto bajo una figura de subcontratación o intermediación de un tercero. El acceso a la Red de hospitales deberá ser, sin restricción alguna, de ingreso para todos los Asegurados.

45. Red de médicos:

Es la red de médicos especializados que tenga convenio con “**LA ASEGURADORA**” que proporcionará el servicio en territorio nacional, los cuales serán contratados directamente por “**LA ASEGURADORA**” y por ningún concepto bajo una figura de subcontratación o intermediación de un tercero.

46. Reembolso:

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente, enfermedad, parto o cesárea cubierto por el contrato, liquidados por los Asegurados directamente al prestador de servicios auxiliares, al hospital o al médico; o con quien “**LA ASEGURADORA**” no tenga convenio de pago directo, y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos del contrato al propio Asegurado, descontando, en su caso, el deducible y coaseguro correspondientes.

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por el contrato, 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.

47. RLAASSP:

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

48. SMC:

Seguro Médico Colectivo

49. Segunda opinión médica:

Servicio que prestará “**LA ASEGURADORA**” al Asegurado con la finalidad de apoyar y/o corroborar el diagnóstico de cualquier enfermedad o accidente cubierto así como su respectivo tratamiento y/o procedimiento quirúrgico por medio de médicos especialistas de la Red de Médicos, el cual podrá participar en la atención médica del Asegurado.

El Asegurado podrá elegir el médico especialista de la Red de Médicos libremente.

El costo de la segunda opinión médica queda a cargo de “**LA ASEGURADORA**”.

50. Segunda valoración médica:

Opinión médica a solicitud de “**LA ASEGURADORA**” bajo la cual se confirma o modifica el diagnóstico o procedimiento que permita valorar los hechos relacionados con el evento reclamado o requerido de cobertura. Esta valoración se efectuará por medio de un médico especialista en la materia correspondiente, que no participe en forma alguna en la atención médica y elegida dentro de un directorio de médicos de segunda valoración.

El costo de la segunda valoración queda a cargo de “**LA ASEGURADORA**”.

51. Suma Asegurada:

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene “**LA ASEGURADORA**” para cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad, accidente parto o cesárea cubierto. Expresada en UMA.

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

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.

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad llegase a disminuir o agotarse, para cubrir nuevos, diferentes e independientes accidentes o enfermedades hasta por otro tanto igual al de la suma asegurada.

52. Suma asegurada básica:

Es la cantidad máxima de responsabilidad de pago que tiene “**LA ASEGURADORA**” en virtud de la prestación otorgada por “**EL CONTRATANTE**” con un rango de 74 a 333 UMA, dependiendo del nivel del Asegurado, cuya prima y la de su cónyuge, concubina, concubino, pareja del mismo sexo e hijos es cubierta por “**EL CONTRATANTE**”.

53. Suma asegurada potenciada:

Es la responsabilidad de pago que tiene “**LA ASEGURADORA**” en virtud del incremento de suma asegurada en exceso de la suma asegurada básica, la cual es elegida por el Asegurado titular, y cuya prima será cubierta por él a través de descuento en nómina.

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

Relación que indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado a las intervenciones quirúrgicas, para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas.

Deben existir dos tablas de intervenciones quirúrgicas, una para Pago Directo, y una para Reembolso. Esta última tabla deberá de ser más alta que la primera.

55. Tarjeta de Identificación:

Tarjeta de cada Asegurado (Titular, cónyuge, concubina concubino, pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes), expedida por “**LA ASEGURADORA**” en la fecha de alta al seguro con al menos los siguientes datos: nombre del Asegurado, inicio de vigencia, fecha de antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro, número de póliza, fecha de ingreso a la colectividad asegurada. Al reverso de la tarjeta deberán incluir los teléfonos de atención del servicio.

56. 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.

57. 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.

58. UMA:

Unidad de Medida y Actualización Mensual.

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

Son aquéllos en los que incurre el Asegurado dentro de la República Mexicana, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente, enfermedad, parto o cesárea cubiertos en las presentes Condiciones Generales, y que son realizados por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico definitivo y/o tratamientos acordados con el costo razonable en el lugar donde se proporcionen y sujetos a lo establecido en el contrato y sus respectivos convenios modificatorios.

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

- 1. Gastos de hospital, 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 quedarán sujetos a los porcentajes anotados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.).***

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por “LA ASEGURADORA” bajo el concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica:

- 4.1 Honorarios por cada consulta médica hasta el 1% de lo estipulado en el contrato como nivel de Tabla de I.Q. y máximo una diaria por Asegurado.*
- 4.2 La primera consulta médica post-operatoria, quedará comprendida en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica.*
- 4.3 Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. Distribuidos de la siguiente manera: 20% primer ayudante, 10% segundo ayudante y 5% instrumentista.*
- 4.4 Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano;*

Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el catálogo se valuarán por similitud a las comprendidas en él.

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región, la Institución pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando los porcentajes aquí estipulados sean iguales.

Sin embargo, si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal, en una región distinta del cuerpo del paciente en la misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo que marca el catálogo. Cualquier otra intervención adicional, no quedará cubierta.

Si se requiere otra intervención quirúrgica de diferente especialidad, en la misma sesión, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo marcado en el catálogo.

En el caso de un politraumatizado, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos mencionados anteriormente.

El pago de los honorarios quirúrgicos que deba efectuar “LA ASEGURADORA”, en ningún caso excederá al límite de la cobertura que se especifica para este concepto, o sea al 100%.

Si hubiera necesidad de una segunda intervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arterorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del porcentaje estipulado para la más elevada y el 25% del porcentaje estipulado en las restantes.

- 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 45 (cuarenta y cinco) días.*
- 6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.*
- 7. Equipo de anestesia.*
- 8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.*
- 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 radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y cualquier otro estudio indispensable para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto;*
- 11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, 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, que se presenten por enfermedad o accidente, se cubren sólo a través del sistema de reembolso con un coaseguro del 20%.

- 13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.*
- 14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto en el contrato.*
- 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. En cirugía de transplantes 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.*
- 17. Circuncisión, a consecuencia de una enfermedad cubierta, se excluyen las de carácter profiláctico.*

5. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

1. A partir del sexto mes de vigencia continua en la cobertura de Seguro Médico Colectivo, para cada Asegurado se cubrirán los Tratamientos médicos o quirúrgicos de amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, crurales, umbilicales, tumoraciones mamarias, padecimientos ano rectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, coleditiasis, cataratas.

2. Para cada Asegurado, a partir del sexto mes de antigüedad en la cobertura del Seguro Médico Colectivo, se cubrirán los Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales hasta por un monto máximo de 30 UMAM para la cobertura básica, únicamente a través de cirugía programada. En caso de que el asegurado tenga contratado el plan de potenciación y sus gastos sean superiores a 30 UMAM, **“LA ASEGURADORA”** cubrirá el excedente con cargo a la cobertura potenciada contratada por el asegurado.

“LA ASEGURADORA” deberá solicitar al médico especialista en convenio la justificación para realizar la operación o tratamiento en cuestión.

Para los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales derivados de un accidente no aplicará período de espera siempre y cuando se compruebe, a **“LA ASEGURADORA”**, que fueron derivados de un accidente, y **“LA ASEGURADORA”** deberá solicitar lo siguiente:

a) Segunda opinión de médico especialista en convenio. El médico que otorgue la segunda opinión de ninguna manera participará en la atención del evento.

b) Toda clase de información sobre los hechos relacionados con el accidente, tales como: radiografías, historia clínica completa, fotografías.

3. 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 cumpla con lo siguiente:

a) Se haya notificado a **“LA ASEGURADORA”** sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento.

b) La madre tenga 10 meses de cobertura continua en el presente contrato al momento del nacimiento. Este período de espera no operará si el evento de parto o cesárea fue cubierto por este contrato.

Dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo Asegurado, siempre y cuando exista el pago de la prima correspondiente; es decir, que la prima del Asegurado titular se encuentre pagada o al corriente en sus descuentos, sólo en caso de que se haya contratado la cobertura de potenciación.

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

4. Gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 10 UMAM para la cobertura básica, con aplicación obligatoria del deducible contratado independientemente del sistema de pago que se utilice y eliminación del coaseguro siempre que el Asegurado utilice médico y hospital en convenio.

En caso de que el Asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no está en la red de “LA ASEGURADORA”, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de “LA ASEGURADORA” (previo acuerdo).

Como operación de cesárea, se considerará 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.

Dicha operación se cubrirá únicamente para el Asegurada titular, la cónyuge o la concubina o pareja del mismo sexo de la Asegurada titular, por lo que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o Asegurada titular.

Los gastos originados por la operación cesárea quedarán cubiertos siempre y cuando el período de gestación se inicie dentro de la vigencia del correspondiente certificado individual del contrato, respecto de cada Asegurada. Este periodo de espera no operará para la Asegurada titular. Tratándose del cónyuge del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera siempre y cuando la Asegurada cumpla con los incisos señalados a continuación:

- a) Se atienda a través de la Red de Hospitales y la Red de Médicos en convenio o, en su caso, hospital de la Red y médico que acepte el tabulador establecido en el contrato y;*
- b) El Asegurado titular solicita el ingreso de su cónyuge a la colectividad asegurada mediante el contrato, dentro de los 30 días naturales siguientes a su incorporación a “EL CONTRATANTE” donde está llevando a cabo la reclamación o dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.*

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

El padecimiento cubierto en este numeral no aplica para la potenciación.

- 5.** *Se cubren los tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siempre y cuando la gestación inicie dentro de la vigencia del contrato (este período de espera no operará para la Asegurada titular, tratándose de la cónyuge o concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado titular no se aplicará dicho período de espera si éste solicita el ingreso de su cónyuge o concubina o pareja del mismo sexo a la colectividad asegurada por el contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a su incorporación a “EL CONTRATANTE” donde está llevando a cabo la reclamación o dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio):*

- a) Embarazo extrauterino*
- b) Toxicosis gravídica*
- c) Preclamsia y eclampsia*
- d) Mola hidatiforme (embarazo molar)*
- e) Puerperio patológico*
- f) Óbito*
- g) Huevo muerto retenido y embarazo anembriónico*

Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en los numerales anteriores, no quedará cubierta, aunque provengan de un accidente sufrido por la asegurada.

Se cubren los gastos originados por las complicaciones del embarazo, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 17 UMAM. Esta suma asegurada es independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario.

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

Sólo se cubrirá a la asegurada titular, cónyuge o concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado titular, sin ningún rango de edad, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o Asegurada titular..

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

Los padecimientos cubiertos en este numeral no aplican para la potenciación.

- 6. A partir de 48 meses 1 día de vigencia continua en la cobertura de Seguro Médico Colectivo para cada Asegurado se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y cualquier padecimiento relacionado con él síndrome. No se cubrirán los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.*

6. EXCLUSIONES

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

- 1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro del país;*
- 2. Tratamientos estéticos de cualquier tipo, calvicie, alopecia o cirugía para cambio de sexo;*
- 3. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus;*
- 4. Dietéticos y de obesidad*
- 5. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud o check-up*
- 6. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos;*
- 7. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos;*
- 8. Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables, a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en el numera 15, del apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos;*
- 9. Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la Asegurada directamente;*
- 10. Fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones;*
- 11. Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares;*
- 12. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral;*

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

- 13. Gastos derivados de los estudios que requieren los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos con excepción de los gastos extracción del órgano;*
- 14. Control, vigilancia y atención prenatal;*
- 15. Todos los gastos propios del recién nacido, así como sus tratamientos pediátricos;*
- 16. Estrabismo del Asegurado no protegidos por “LA ASEGURADORA” a partir de su nacimiento;*
- 17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual del contrato, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición*
- 18. Tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, independientemente de sus orígenes y consecuencias;*
- 19. Trastornos de la conducta, así como enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, trastornos sexuales psicológicos, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias;*
- 20. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos;*
- 21. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza, experimental o de investigación;*
- 22. Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad;*
- 23. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental;*
- 24. Actos delictivos realizados por el Asegurado;*
- 25. Los gastos originados por lesiones producidas en riñas provocadas por el Asegurado;*

- 26. Práctica profesional de cualquier deporte;*
- 27. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado, y*
- 28. Vacunas y/o medicamentos de prevención de la salud. Sin embargo, cuando las vacunas sean prescritas como parte de un tratamiento por algún padecimiento cubierto por el contrato, no serán consideradas como preventivas y en consecuencia tampoco serán excluidas.*

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, aún 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 naturales 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 y que aparezcan inscritos en el Registro de Asegurados, así como su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo reconocida por la legislación aplicable, hijos del asegurado titular que hayan sido dados de alta en el seguro, de hasta 25 (veinticinco) años de edad cumplidos al inicio de la vigencia de la póliza, así como ascendientes del asegurado titular en primer grado (padre y/o madre) de hasta 85 años de edad cumplidos al inicio de la vigencia de la póliza que no tengan remuneración por trabajo personal y que sean reportados con el carácter de Asegurado, de conformidad con la cláusula 7. **ALTAS DE ASEGURADOS**, de esta póliza.

En el caso de personal de nuevo ingreso solo le aplicara cobertura, a él Asegurado titular.

Será responsabilidad de “EL CONTRATANTE” recabar previo al ingreso al seguro, copia simple de los documentos que acreditan las anteriores calidades, por lo que “LA ASEGURADORA”, no deberá solicitar al Asegurado, o a “EL CONTRATANTE” los documentos de acreditación ya citados.

En caso de que “EL CONTRATANTE”, no entregue en tiempo y forma la base de datos con la colectividad asegurada a “LA ASEGURADORA”, ésta no brindará el servicio de pago directo y reembolso hasta contar con la colectividad asegurada; únicamente brindará el servicio de urgencia o emergencia médica definido en la póliza, para este supuesto sí aplicará el pago directo y reembolso con la presentación del último talón de pago y credencial del asegurado.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO. *Lo previsto en el artículo 52 de la LAASSP y en el 91 del RLAASSP.*

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de “EL CONTRATANTE” por conducto de la Coordinación de Administración.

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 la póliza, sólo podrán quedar protegidos por este seguro los asegurados de “EL CONTRATANTE” y sus dependientes que radiquen permanentemente en la República Mexicana.*

Para los efectos de los párrafos anteriores, se entiende por residencia lo establecido en el artículo 29, del Código Civil Federal, que a la letra se transcribe:

“Artículo 29.- El domicilio de las personas físicas es el lugar donde residen habitualmente, y a falta de éste, el lugar del centro principal de sus negocios; en ausencia de éstos, el lugar donde simplemente residan y, en su defecto, el lugar donde se encontraren.

Se presume que una persona reside habitualmente en un lugar, cuando permanezca en él por más de seis meses.”

7. ALTAS DE ASEGURADOS.

Para el inicio de la vigencia, la **Subdirección de Desarrollo Humano** de “**EL CONTRATANTE**”, entregará a “**LA ASEGURADORA**” dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores contados a partir del día hábil siguiente del inicio de vigencia de la póliza, la base de datos de todos los Asegurados a la **quincena** previa al inicio de vigencia de la póliza, para que “**LA ASEGURADORA**” incorpore en sus sistemas a los asegurados y se emitan los certificados y las credenciales de los Asegurados dentro de los **40** (cuarenta) días hábiles posteriores al inicio de vigencia de la póliza.

El término señalado en el párrafo que antecede aplicará siempre y cuando “**EL CONTRATANTE**” haya entregado la información completa necesaria para que “**LA ASEGURADORA**” esté en posibilidad de emitir los mencionados certificados y las credenciales, por lo que será responsabilidad de la **Subdirección de Desarrollo Humano** de “**EL CONTRATANTE**”, entregar en tiempo y forma esta información.

En caso de que “**EL CONTRATANTE**”, no entregue en tiempo y forma la base de datos con la colectividad asegurada a “**LA ASEGURADORA**”, ésta no brindará el servicio de pago directo y reembolso hasta contar con la colectividad asegurada; únicamente brindará el servicio de urgencia o emergencia médica definido en el contrato, para este supuesto sí aplicará el pago directo y reembolso con la presentación del último talón de pago y credencial de empleado.

Los asegurados titulares, su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijo dependiente económico y/o ascendiente integrantes de la colectividad que entregará “**EL CONTRATANTE**” a “**LA ASEGURADORA**” al inicio de la vigencia del contrato. Dicha colectividad no llenará consentimiento individual, sin embargo, para la cobertura potenciada y ascendientes al inicio de la vigencia del contrato, “**EL CONTRATANTE**” deberá informar a los asegurados, las tarifas para la cobertura de potenciación de titulares, cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijo dependiente económico y ascendiente.

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**”, para que esta incorpore en sus sistemas a los asegurados y se emitan los certificados y las credenciales de los Asegurados dentro de los **30** (TREINTA) días hábiles posteriores al inicio de vigencia de la póliza.

Si la notificación se hace fuera del tiempo enunciado, 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, el ajuste del importe anual de la prima a pagar se efectuará al término de la vigencia de la póliza.

Aquellos Asegurados Titulares, su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo y/o hijo dependiente económico y/o ascendiente que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, “**EL CONTRATANTE**” deberán realizar lo siguiente:

- a) Proporcionar a los asegurados de nuevo ingreso, a más tardar 10 días hábiles posteriores al ingreso, el número de póliza colectiva ante cualquier eventualidad, en lo que llega su kit electrónico del seguro médico.

b) Remitir Reporte de Movimientos de Personal a **“LA ASEGURADORA”** dentro de los 30 días naturales siguientes al ingreso del asegurado.

Para el alta del cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes del Asegurado titular, así como para la potenciación de este último, **“EL CONTRATANTE”** deberá entregar a **“LA ASEGURADORA”** el formato dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso. **“LA ASEGURADORA”** podrá extender este término 15 días naturales más, a solicitud de **“EL CONTRATANTE”**

Cuando algún asegurado, vaya a ingresar a nuevos Asegurados (cónyuge, concubina o concubino o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes) únicamente deben de hacerlo mediante el formato correspondiente.

El Asegurado titular al contraer matrimonio podrá asegurar al cónyuge desde la fecha en que se firmó el acta de matrimonio expedida por el Registro Civil, hasta 30 días naturales posteriores a dicho evento.

El Asegurado titular podrá asegurar a sus hijos nacidos dentro de la vigencia del contrato, dentro de los 30 días naturales posteriores al alumbramiento, para efectos de que no le sea aplicable la exclusión de malformaciones y padecimientos congénitos por no estar protegido desde su nacimiento.

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

Será responsabilidad de **“EL CONTRATANTE”** recabar previo al ingreso al seguro, copia simple de los documentos que acreditan las anteriores calidades, por lo que **“LA ASEGURADORA”**, no deberá solicitar al Asegurado, o a **“EL CONTRATANTE”** los documentos de acreditación ya citados.

Los cónyuges, concubina o concubino de los Asegurados que tengan su domicilio en las Entidades Federativas que en su legislación vigente se prevea la figura del matrimonio o cualquier unión legal entre personas del mismo sexo, quedarán cubiertos por los beneficios otorgados en este contrato, es decir que la Aseguradora deberá proporcionarles las mismas condiciones que al asegurado titular, en los términos de las disposiciones aplicables.

La acreditación de la calidad de cónyuge para ser Asegurado por este contrato se realizará a través del Acta de Matrimonio respectiva.

La acreditación de la calidad de concubina, o concubino, para ser Asegurado por este contrato se realizará a través del documento que para tal efecto expida la autoridad competente en cada una de las Entidades federativas.

Este supuesto aplicará para los ingresos a la colectividad a partir del inicio de la vigencia del contrato.

La acreditación de la relación jurídicamente establecida para personas del mismo sexo, para ser Asegurado por este contrato se realizará a través del documento que para tal efecto expida la autoridad competente en cada una de las Entidades federativas.

Si la notificación de alta de los casos previstos en esta cláusula se hace fuera de los 30 días naturales enunciados, dicha alta se realizará con la fecha de recepción de la solicitud a **“LA ASEGURADORA”** y no de forma retroactiva a la fecha de ingreso del Asegurado titular, excepto en aquellos casos en que **“EL CONTRATANTE”**. Justifique por escrito la causa administrativa que impidió operar el alta del Asegurado titular, cónyuge, o concubina o concubino o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes en el lapso establecido

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

(autorizaciones retroactivas de movimientos de personal, adelanto en los calendarios de elaboración de nóminas, etcétera). En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia del contrato, **“LA ASEGURADORA”** cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorratio, desde la fecha de ingreso y hasta el vencimiento del contrato.

Siempre que el Asegurado titular cumpla con lo establecido en las presentes condiciones y realice el trámite para asegurar a su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijos y/o ascendientes, así como la potenciación y por causas ajenas a él y sí inherentes a **“EL CONTRATANTE”** o a **“LA ASEGURADORA”**, que den como consecuencia el no incluirlos a la colectividad asegurada o no incrementar su suma asegurada, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el pago retroactivo de primas y respetará la fecha de solicitud del Asegurado titular.

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.

En este periodo, el asegurado titular que desee incrementar su suma asegurada potenciada, incluir o excluir ascendientes deberá comunicarlo por escrito a la Subdirección de Desarrollo Humano, si en dicho lapso no se recibe comunicado alguno por parte del asegurado, se entenderá que no desea hacer ninguna modificación a su seguro y continuara con las mismas condiciones de aseguramiento (asegurados y suma asegurada).

Al inicio de la vigencia se mantendrá el nivel de suma asegurada que actualmente tienen todos los Asegurados del Contrato, **“EL CONTRATANTE”** descontará las primas correspondientes de acuerdo con las tarifas del Contrato vigente anterior. Una vez regularizadas las potenciaciones, **“EL CONTRATANTE”** hará los ajustes correspondientes.

“LA ASEGURADORA” podrá presentar el periodo de potenciación dentro de los 30 días al inicio de la vigencia, cualquiera de los dos periodos será aceptable.

El contrato contará con un periodo de difusión de potenciación de suma asegurada y/o de inclusión de ascendientes.

Los efectos de la potenciación iniciarán a partir de la fecha en que el asegurado lo solicitó en el formato, las solicitudes deben aplicarse en la quincena correspondiente, tratando en la medida de lo posible de no operar retroactividades, salvo que por el procesamiento de las nóminas ya no sea posible.

Este descuento retroactivo deberá hacerse del conocimiento de los servidores públicos en las propias campañas de potenciación.

Cuando inicie la vigencia del contrato, tanto los Asegurados Titulares de nuevo ingreso como los que ya estaban en el contrato anterior, podrán incrementar o bajar la suma asegurada potenciada y deberán solicitarlo por escrito al área de Desarrollo Humano.

Para el caso de los Asegurados titulares, cuando causen baja de “EL CONTRATANTE” y se actualice el supuesto de que sean ascendientes de otro Asegurado titular del contrato, la incorporación no estará sujeta a los periodos de potenciación e incorporación de ascendientes establecidos anteriormente, ya que podrán incorporarse durante los 30 días posteriores a la baja con el consecuente reconocimiento de antigüedad; en caso de no hacerlo en este lapso, se deberán apegar a los periodos establecidos para la inclusión de ascendientes.

8. BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja del contrato, aquellos Asegurados que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijos y/o ascendientes, para lo cual “EL CONTRATANTE”, se obliga a comunicarlo por escrito a “LA ASEGURADORA” dentro de los 20 (veinte) días hábiles posteriores en el que el asegurado causo baja, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación. Cuando el titular se da de baja de la colectividad, este se da de baja con todos sus dependientes o beneficiarios y el mismo mecanismo aplicamos en la colectividad potenciada.

En caso de que el reporte de bajas fuera posterior a los 20 (veinte) días hábiles indicados en el párrafo anterior, la baja será operada por “LA ASEGURADORA” en la fecha en que recibió los movimientos.

Adicionalmente, mediante solicitud por escrito, el Asegurado puede tramitar en cualquier momento de la vigencia del contrato, la baja de su(s) ascendiente(s). Dicho movimiento se efectuará con carácter de irrevocable en el contrato, por lo tanto, no deben considerarse las bajas que se dieron en contratos anteriores y los Asegurados titulares podrán asegurarlos nuevamente en este contrato.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia del contrato, “LA ASEGURADORA” devolverá la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

El Asegurado podrá renunciar o disminuir la suma asegurada de la potenciación en cualquier momento de la vigencia del contrato. Esta condición aplica para el Asegurado titular, cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes.

Cuando un as haya causado baja por cualquier causa y tenga pleno conocimiento de este hecho y haga uso de los beneficios del seguro en fecha posterior a la baja y como consecuencia “LA ASEGURADORA” pague algún siniestro, cuando “EL CONTRATANTE” reporte el movimiento de baja del Asegurado a “LA ASEGURADORA”, la misma podrá interponer las acciones que en derecho procedan en contra de aquel que indebidamente hizo uso del seguro para recuperar el monto erogado.

“LA ASEGURADORA” proporcionará una dirección de correo electrónico a través del cual “EL CONTRATANTE” deberá informar las bajas de forma oportuna. Esta opción no elimina el envío de las bajas de forma escrita, sino es únicamente con el objeto de que el servicio se brinde hasta la fecha de la baja del Asegurado.

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 suscripción del contrato, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad 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 regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto a partir de la fecha del movimiento administrativo (ejemplo: promociones). “EL CONTRATANTE” tiene **30 (TREINTA)** días naturales para reportar a “LA ASEGURADORA” cualquier cambio que se produzca en los Asegurados y que dé lugar a modificación en las sumas aseguradas, de no reportarse en ese tiempo, el movimiento se operará en la fecha en la que el reporte correspondiente sea recibido por “LA ASEGURADORA”.
- c) Comunicar a “LA ASEGURADORA” a más tardar **20 (veinte)** días hábiles posteriores las separaciones definitivas de los miembros de la colectividad asegurada.
- d) Entregar las bases de datos de la colectividad que deberá corresponder con el pago realizado a “LA ASEGURADORA”.

10. EDAD.

Para efecto del contrato, las edades límites de aceptación de los Asegurados y renovación del aseguramiento, son las siguientes:

- a) Ascendientes del Asegurado titular, hasta **85 (OCHENTA Y CINCO)** años de edad cumplidos al inicio de la vigencia del contrato continuarán Asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.
- b) Hijos del Asegurado titular, hasta **25 (VEINTICINCO)** años de edad cumplidos al inicio de la vigencia del contrato continuarán Asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.
- c) Los Asegurados titulares y cónyuges, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, no tendrán límite de edad alguna.

Para comprobar la edad del Asegurado, en caso de incongruencia en la información proporcionada, “LA ASEGURADORA” podrá solicitarle a “EL CONTRATANTE” en cualquier momento las pruebas respectivas. 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 del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites mencionados en los párrafos anteriores, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de “LA ASEGURADORA” se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si “LA ASEGURADORA” hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

11. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN.

■ Cualquier Asegurado (titular, cónyuge, concubina, concubino o parejas del mismo sexo, hijos y ascendientes) o aquellos dependientes de conformidad con los incisos a) y b) de la **Cláusula 10. EDAD**, que hayan sido excluidos del contrato por dejar de pertenecer a la colectividad asegurada, tendrán derecho a que si así lo solicitan a "LA ASEGURADORA" por escrito, dentro de los 30 (Treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubiesen sido dados de baja del seguro, les sea expedida una póliza individual de Seguro médico mayores por "LA ASEGURADORA", quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

"LA ASEGURADORA" estará obligada a ofrecer al Asegurado, que deje de pertenecer a la colectividad asegurada de del contrato, la opción de contratar un seguro individual bajo las mismas condiciones y nivel de hospitales establecidos en el contrato, con opción de poder modificar algunas coberturas, deducibles o coaseguros a solicitud del Asegurado y que reflejen un beneficio en la prima a pagar por el Asegurado.

"LA ASEGURADORA" también estará obligada a emitir las pólizas y credencial del seguro individual del Seguro Médico Colectivo de ex servidores en papel, tal y como se maneja en el contrato para la colectividad asegurada. En su caso, el asegurado titular podrá solicitar que su póliza y credencial sean electrónicas. Asimismo, la disponibilidad de la Red de Prestadores de Servicios tendrá que cumplir con las mismas condiciones establecidas en el contrato.

"LA ASEGURADORA" no solicitará requisitos de asegurabilidad en caso de que el Asegurado modifique alguna de las coberturas (al inicio de la contratación o en la renovación de la póliza individual) y tampoco para expedir la póliza individual bajo las mismas condiciones que tenía el Asegurado cuando era asegurado.

En el caso de que dicho Asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con lo siguiente:

En caso de que el Asegurado tuviera contratado algún otro seguro de Seguro Médico Colectivo con "LA ASEGURADORA" a la fecha de alta al contrato o, realizara un cambio de plan a un seguro individual o colectivo o de grupo, de Seguro Médico Colectivo, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

En el primer supuesto, los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se dio de alta al contrato, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella.

En el segundo supuesto, o sea, cuando se cambie a un seguro individual o colectivo o de grupo, de Seguro Médico Colectivo, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en la nueva póliza.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia del contrato, se aplicarán los límites, deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales y convenios modificatorios del contrato, en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inició el siniestro.

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

El escrito de solicitud a “**LA ASEGURADORA**” para la expedición de una póliza individual de Seguro Médico Colectivo deberá ser dentro de los 40 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja el Asegurado. El inicio de la vigencia de dicha póliza individual será a partir de la fecha de baja de la colectividad asegurada. Lo anterior, es con la finalidad de evitar periodos al descubierto para el Asegurado.

Los documentos que deberán proporcionar los Asegurados para la emisión de la póliza individual son:

1. Escrito del Asegurado dirigido a “**LA ASEGURADORA**” señalando: la forma de pago elegida y su RFC con Homoclave. Anexar copia de la cotización elegida.
2. Copias simples de:
 - a) Identificación oficial (IFE),
 - b) Comprobante de domicilio (recibo de teléfono o luz o predial) y
 - c) Aviso de baja u oficio emitido por **Subdirección de Desarrollo Humano** en el que se indique el periodo laborado en “**EL CONTRATANTE**” (características del oficio: papel membretado, incluir nombre, cargo y firma de la persona que lo expide y el sello de “**EL CONTRATANTE**”).

Con la finalidad de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual de ex servidores “**LA ASEGURADORA**” deberá poner en este espacio los datos completos (nombre, dirección, correo electrónico y teléfono) de al menos 2 personas que serán responsables de proporcionar la atención requerida por los Asegurados en cuanto a cotizaciones, dudas y seguimiento de emisión de la póliza.

En caso de que el Asegurado no desee contratar una póliza individual, se aplicará lo dispuesto en la **Cláusula. Período De Beneficio.**

El Asegurado podrá apoyarse en el artículo **201** de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para solicitar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la revisión de la prima de la póliza de ex Tecnólogo del Agua que “**LA ASEGURADORA**” le notifique.

La siniestralidad de las pólizas individuales de los ex servidores públicos no comparte siniestralidad con la generada en el contrato.

En caso de que el Asegurado tuviera contratado algún otro seguro de Seguro Médico Colectivo con “**LA ASEGURADORA**” a la fecha de alta a la póliza individual, derivada del privilegio de conversión o realizara un cambio de plan a un seguro individual o colectivo o de grupo de Seguro Médico Colectivo, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los **40** (cuarenta) días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia del contrato objeto de la presente licitación, se aplicarán los límites, deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales y endosos de la póliza individual derivada del contrato de conversión a individual. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inició el siniestro.

O bien, siempre y cuando el asegurado dado de baja lo solicite, podrá operar bajo el siguiente texto:

Cualquier asegurado que haya sido excluido de la póliza de acuerdo a lo establecido en la cláusula bajas de asegurados, tendrá derecho a que, si lo solicita a “la Aseguradora” por escrito, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza, le sea expedida de manera independiente una póliza individual de gastos médicos mayores de las que comercializa “la aseguradora” quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

En el caso de que dicho asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con la cláusula cambio de plan, siempre y cuando le sea expedida una póliza de gastos médicos mayores y no existan periodos al descubierto. En caso de que dicho asegurado no desee contratar una póliza individual, se aplicará lo dispuesto en la cláusula periodo de beneficio.

12. CAMBIO DE PLAN.

En caso de que el Asegurado tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con “LA ASEGURADORA” a la fecha de alta a esta póliza o, realizara un cambio de plan a un Seguro Individual o Colectivo de Gastos Médicos Mayores, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los treinta días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

En el primer supuesto, los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se dio de alta a la presente póliza, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella; en el segundo, o sea, cuando se cambie a un Seguro Individual o colectivo de Gastos Médicos Mayores, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en la nueva póliza.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de la póliza anterior, se aplicará el remanente de suma asegurada, los límites de deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales, Cláusulas Generales y endosos de la póliza en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

13. PRIMAS.

La prima de los Asegurados Titulares, así como su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo reconocida por la legislación aplicable, hijos del asegurado titular que hayan sido dados de alta en el seguro, de hasta 25 (veinticinco) años de edad cumplidos al inicio de la vigencia de la póliza, así como ascendientes del asegurado titular en primer grado (padre y/o madre) de hasta 85 años de edad cumplidos al inicio de la vigencia de la póliza, se determinarán de acuerdo con las tarifas quincenales que entregue “LA ASEGURADORA” y que formarán parte integrante de la póliza.

Quedando a cargo de “EL CONTRATANTE” el pago de la que corresponda a los Asegurados Titulares, su cónyuge y/o hijos dependientes económicos quien efectuará su pago al inicio de cada período establecido en la carátula de la presente póliza, y a cargo del Asegurado Titular, la correspondiente a sus ascendientes, quien efectuará su pago mediante cargo a su salario a través del sistema de nómina de “EL CONTRATANTE”.

La cobertura para los ascendientes del Asegurado titular operará a elección del mismo con cargo a su nómina y a través de descuentos quincenales que le aplique “EL CONTRATANTE”.

Las primas para incrementar la suma asegurada (Potenciación) correspondientes a los Asegurados Titulares y, en su caso, la de su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo reconocida por la legislación aplicable, hijos del asegurado titular que hayan sido dados de alta en el seguro, de hasta 25 (veinticinco) años de edad cumplidos al inicio de la vigencia de la póliza, así como ascendientes del asegurado titular en primer grado (padre y/o madre) de hasta 85 años de edad cumplidos al inicio de la vigencia de la póliza contratadas por el Asegurado Titular de manera voluntaria, se determinarán de acuerdo al monto de suma asegurada elegida por éste, quien efectuará su pago mediante cargo a su salario a través del sistema de nómina de “EL CONTRATANTE”, en descuentos quincenales es decir, adicionalmente, los asegurados cuentan con la opción de potenciar la suma asegurada otorgada. La elección de la potenciación es independiente del nivel o puesto del Asegurado.

La suma asegurada básica se determina según el puesto y nivel del Asegurado Titular, el detalle de puestos, niveles y la suma asegurada básica correspondiente a cada uno de ellos, se encuentra detallado en el anexo de

Condiciones Generales



SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

la póliza.

Adicionalmente, el asegurado cuentan con la opción de potenciar la suma asegurada otorgada. La elección de la potenciación es independiente del nivel o puesto del Asegurado.

El Asegurado titular pagará con cargo a su sueldo la prima correspondiente a la suma asegurada potenciada a través de los descuentos quincenales que le aplique **"EL CONTRATANTE"**. y este será decisión del Asegurado titular, con cargo a su sueldo y por descuento en nómina.

La inclusión de sus ascendientes a la colectividad del contrato y en su caso a la potenciación, será pagada completamente por el Asegurado titular, a través de los descuentos quincenales de nómina que le aplique **"EL EL CONTRATANTE"**.

En el caso de elegir una suma asegurada diferente para los ascendientes, ésta deberá ser menor que la suma asegurada total (básica más potenciación) del asegurado titular.

Al inicio de vigencia **"LA ASEGURADORA"** seguirá considerando la suma asegurada potenciada que tiene el Asegurado, de acuerdo con las bases de datos que le proporcione **"EL CONTRATANTE"**. Posterior a los 60 días naturales, actualizarán esta información con base en el reporte que el **"Solicitante del Servicio"** le entregue a **"LA ASEGURADORA"**, en su caso se realizará el ajuste correspondiente en las primas.

Los ajustes en la prima que resulten a consecuencia de que el personal solicite disminuir su suma asegurada, incluir o excluir ascendientes, serán aplicables a partir de la fecha de solicitud formulada por el titular.

a) **La cobertura para los ascendientes** del Asegurado titular operará a elección del mismo con cargo a su nómina y a través de descuentos quincenales que le aplique **"EL CONTRATANTE"**.

La suma asegurada del asegurado titular será igual para: cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijos.

El Asegurado deberá pagar, con cargo a su sueldo, la prima correspondiente a la suma asegurada potenciada a través de los descuentos quincenales que le aplique **"EL CONTRATANTE"**.

El periodo de potenciación de suma asegurada y/o inclusión de ascendientes se llevará a cabo dentro de los primeros 30 días al inicio de la vigencia del contrato, así mismo para los nuevos ingresos tendrán 30 días para darse de alta en dicha potenciación.

Durante este periodo, **"EL CONTRATANTE"** a través del **"Solicitante del Servicio"** deberá hacer del conocimiento a los Asegurados estos beneficios y recabar, mediante escrito, las solicitudes de inscripción para operarlas en el seguro. Los efectos de la potenciación iniciarán a partir de que el asegurado lo solicitó en el formato, las solicitudes deben aplicarse en la quincena correspondiente, tratando en la medida de lo posible de no operar retroactividades, salvo que por el procesamiento de las nóminas ya no sea posible.

Cuando se aplique la retroactividad para el pago de la potenciación, dentro del periodo antes señalado.

Este descuento retroactivo deberá hacerse del conocimiento de los asegurados.

En el caso de los Asegurados Titulares, cuando causen baja de **"EL CONTRATANTE"** y se cumpla el supuesto de que sean ascendientes de otro Asegurado Titular en este contrato, la incorporación no estará sujeta a los periodos de potenciación e incorporación de ascendientes establecidos anteriormente, ya que podrán incorporarse durante los **30 (TREINTA)** días posteriores a la baja con el consecuente reconocimiento de antigüedad; en caso de no hacerlo en este lapso, se deberán apegar a los periodos establecidos para la

inclusión de ascendientes.

LA ASEGURADORA no deberá aplicar requisitos de asegurabilidad.

“EL CONTRATANTE” durante la vigencia del contrato, el primer periodo de incremento de suma asegurada y/o de inclusión de ascendientes lo realizarán durante los 45 (CUENTA Y CINCO) días naturales contados a partir de su incorporación al contrato. Para para los Asegurados de nuevas altas que se integren a la colectividad asegurada son 45 días naturales.

Los asegurados que hayan decidido contratar la suma asegurada potenciada dentro de la vigencia del contrato, no podrán renunciar a ella o bajarla en la misma, si tienen algún siniestro en curso que haya iniciado en dicha vigencia.

Pago retroactivo de primas

La Aseguradora aceptará el pago retroactivo de primas cuando:

- a) El asegurado haya realizado los trámites correspondientes para incorporar a su cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijos, o haya realizado el trámite para el incremento de suma asegurada, y por causas ajenas a él, **“EL CONTRATANTE”** no haya realizado el trámite a tiempo. Para estos efectos el asegurado o lo comprobará con el acuse de recibo del trámite realizado.

Este supuesto no está condicionado a que no haya siniestro en curso, por lo tanto **“LA ASEGURADORA”** deberá aceptar el pago retroactivo de primas.

Los pagos retroactivos de primas son de los supuestos que se presenten en la vigencia del contrato y las altas serán retroactivas sólo hasta la fecha de inicio de vigencia del contrato que se está licitando.

- b) Cuando se haya realizado el descuento al asegurado correspondiente a las primas por el concepto de potenciaciones e inclusión de ascendientes en tiempo y forma, y la Aseguradora argumente no haber recibido dicho pago por parte de **“EL CONTRATANTE”**, bastará que el asegurado presente ante **“LA ASEGURADORA”** su recibo de pago en donde refleje el descuento del seguro para que la Aseguradora acepte el pago retroactivo de las primas adeudadas por parte de **“EL CONTRATANTE”**.
- c) En el caso de que un asegurado reciba una sanción administrativa que implique la suspensión del empleo, cargo o comisión, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico como del plan de potenciación y ascendientes por el periodo que abarque la suspensión. El pago será a cargo del asegurado y efectuado directamente ante **“LA ASEGURADORA”** en una sola exhibición, a más tardar 10 días hábiles después de concluida la sanción. Una vez efectuado el pago de la prima, la Aseguradora realizará el reconocimiento de antigüedad correspondiente. Durante el periodo que dure la suspensión, el seguro operará únicamente mediante la figura de reembolso, que se pagará al finalizar la sanción, siempre y cuando el asegurado haya pagado la prima correspondiente.

En su caso, el Asegurado titular podrá optar por realizar un pago anticipado, para lo cual deberá informarlo por escrito a **“LA ASEGURADORA”** y a **“EL CONTRATANTE”**, a más tardar 5 días hábiles después de iniciada la suspensión y realizar el pago dentro de los 10 días hábiles subsecuentes, en cuyo caso continuarán operando normalmente todos los sistemas de pago de indemnizaciones, incluyendo pago directo.

En ambos casos, **“LA ASEGURADORA”** deberá calcular los montos totales de la prima, tanto del plan básico como del plan de potenciación y ascendientes, bajo solicitud escrita del Asegurado titular, acompañada del documento que acredite la sanción y que indique el lapso de suspensión; **“LA ASEGURADORA”** informará por escrito al Asegurado el importe resultante, indicando los números de cuenta e instituciones bancarias en las cuales pueda realizarse el pago, considerando los plazos establecidos para tal efecto y marcando copia para

“EL CONTRATANTE”.

14. PERIODO DE GRACIA. Se tendrá un lapso de hasta **30 (TREINTA)** días naturales para liquidar el total de la prima de cada fracción pactada.

El plazo para liquidar el total de la prima de cada fracción del beneficio de potenciación y/o ascendientes será de **60 (SESENTA)** días hábiles, solamente en los periodos de incremento de suma asegurada y/o de inclusión de ascendientes.

En caso de que “EL CONTRATANTE” no cumpliera con las fechas establecidas en el calendario de pago, “LA ASEGURADORA” podrá suspender el servicio en pago directo a “EL CONTRATANTE”.

15. 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.

Los médicos de confianza que acepten el tabulador de “LA ASEGURADORA” se considerarán como médicos de red, es decir, para estos casos se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios del médico.

16. 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 y en el Estado de México, serán liquidadas máximo en los **5 (CINCO)** 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 **7 (SIETE)** días hábiles.

En toda reclamación, el Asegurado deberá comprobar a “LA ASEGURADORA” la ocurrencia del siniestro, presentando a “LA ASEGURADORA” los formatos correspondientes, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, como facturas y/o recibos, copia de las recetas y de 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

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a “LA ASEGURADORA” de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

“LA ASEGURADORA” pagará los gastos procedentes ocurridos durante la vigencia del contrato, independientemente de la fecha en que sean reclamados sin contravenir la **Cláusula. Prescripción**.

Antes de vencer el plazo, “LA ASEGURADORA” podrá solicitar información adicional a la ya entregada por el Asegurado, en dicha solicitud deberá explicar a detalle la información que requiere y el motivo específico, para proceder a dictaminar el pago.

En caso de no ser procedente el reembolso de un siniestro, “LA ASEGURADORA” deberá notificar el resultado negativo del dictamen dentro de los 7 (siete) días hábiles posteriores a la entrega de la documentación completa.

De igual forma, cualquier solicitud de atención, requerimiento o similar que sea solicitada a “LA ASEGURADORA” por persona distinta al Asegurado en forma personal, o la Dependencia o autoridad competente, en relación al seguro contratado o evento amparado o reclamado, no será objeto de atención ni responsabilidad de “LA ASEGURADORA”.

No se considerará en las dos exclusiones que anteceden a los familiares o persona que esté a cargo del cuidado del Asegurado que no se encuentre en condiciones de realizar las gestiones por sí mismo.

17. SISTEMAS DE PAGO DE INDEMNIZACIONES

Los Sistemas de Pago previstos en el seguro son:

a) **PAGO DIRECTO**

El Sistema de Pago Directo considerado en el contrato opera de conformidad con los términos estipulados en el apartado “Definiciones” del mismo, siempre que el Asegurado titular, cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijo o ascendientes 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.

Trámite.- La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con 5 (CINCO) días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que “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.

El servicio para atender enfermedades y accidentes en la red médica, red de hospitales y médico coordinador será proporcionado las 24 horas del día sin interrupción alguna durante la vigencia del contrato.

En los casos de **urgencia o emergencia médica**, previamente justificada, que se presenten durante la vigencia del contrato, el asegurado podrá solicitar la programación de la intervención quirúrgica o tratamiento con 2 (DOS) días hábiles de anticipación siempre y cuando proporcione a “LA ASEGURADORA” los documentos correspondientes completos.

En caso de que el médico no adscrito a la red Médica manifieste su interés de aceptar el tabulador de Pago Directo que utiliza “LA ASEGURADORA” con la consigna de que ésta no pagará complementos por ninguna otra vía, dicha manifestación se establecerá en el informe médico o en la receta de dicho

médico. Para los casos en los que el médico de confianza acepte el tabulador, se deberá eliminar el coaseguro, se realizará a través de una receta médica (deberá contener los honorarios aceptados por el médico de confianza del Asegurado), y no solamente a la entrega del informe médico.

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, o bien, que el médico de confianza se ajuste al tabulador de **"LA ASEGURADORA"**.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o Médico Tratante, **"LA ASEGURADORA"**, por conducto de un médico coordinador, 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.

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

En caso de que el médico no adscrito a la red médica manifieste su interés de aceptar el tabulador de Pago Directo que utiliza **"LA ASEGURADORA"** con la consigna de que ésta no pagará complementos por ninguna otra vía, dicha manifestación se establecerá en el informe médico o en la receta de dicho médico. Para los casos en los que el médico de confianza acepte el tabulador, se deberá eliminar el coaseguro, se realizará a través de una receta médica (deberá contener los honorarios aceptados por el médico de confianza del Asegurado), y no solamente a la entrega del informe médico.

Aplicación del Deducible y Coaseguro para los numerales 1 y 2 de Pago Directo.- Tratándose del Asegurado titular, cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, hijo y ascendiente en toda reclamación que sea autorizada por los Sistemas indicados con anterioridad, con hospitales y médicos de la Red, el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible, del pago de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones del contrato y del pago de los gastos efectuados en exceso de las limitaciones del contrato. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

Cuando el médico tratante (en caso de no haberse ajustado al tabulador de **"LA ASEGURADORA"**) no forme parte de la Red Médica, y **"LA ASEGURADORA"** previamente hubiere autorizado el Pago Directo a un prestador de servicios, el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible y del coaseguro sobre los honorarios médicos, así como de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este seguro.

En caso de que el médico no adscrito a la Red de Médicos manifieste su interés de aceptar el tabulador de pago directo que utiliza **"LA ASEGURADORA"**, con la consigna de que ésta no pagará complementos por ninguna otra vía, dicha manifestación se establecerá en el informe médico. Para los casos en los que el médico de confianza acepte el tabulador, se deberá eliminar el coaseguro.

Si el tiempo durante el que estuvo internado el Asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza **"LA ASEGURADORA"**, ésta deberá de realizar el reembolso de los gastos efectuados por el Asegurado, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TIQ).

Los dos últimos párrafos, no aplicarán para las coberturas de parto, aborto involuntario, cesárea y complicaciones del embarazo.

Para cualquier accidente o enfermedad en caso de pago directo se aplica el deducible y únicamente se aplicará el coaseguro cuando el médico tratante no forme parte de la red médica y no haya aceptado ajustarse al tabulador de **“LA ASEGURADORA”**.

El pago directo aplica en Territorio Nacional.

En caso de que el Asegurado solicite un convenio con su médico de confianza, el cual no está adscrito a la red, **“LA ASEGURADORA”** deberá aceptar dicho convenio, siempre y cuando el médico no adscrito acepte el tabulador de pago directo que utiliza **“LA ASEGURADORA”**, con la consigna de que **“LA ASEGURADORA”** no le pagará complementos por ninguna otra vía. En tal sentido, los médicos de confianza que acepten el tabulador de **“LA ASEGURADORA”** se considerarán como médicos de red, es decir, para estos casos se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios del médico.

En caso de que el Asegurado utilice la Red de médicos de **“LA ASEGURADORA”**, bajo ninguna circunstancia deberá pagar ningún costo adicional al establecido en el tabulador de honorarios médicos.

“LA ASEGURADORA” vigilará que los médicos registrados en la Red de médicos se ajusten a los tabuladores de honorarios médicos, evitando que el Asegurado cubra cuotas adicionales.

En caso de que durante la vigencia del contrato, el médico de la Red de Médicos reciba algún pago adicional, por parte del Asegurado, éste deberá hacerlo del conocimiento de **“LA ASEGURADORA”** a efecto de que le sea resarcido dicho pago.

Será responsabilidad de **“LA ASEGURADORA”** resolver con el médico de la red las situaciones que se susciten por el mal uso del SMC.

El Asegurado estará obligado a cubrir cuando corresponda el deducible, coaseguro, eventos no cubiertos y montos en exceso de la suma asegurada.

Si el tiempo en el cual estuvo internado el Asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza **“LA ASEGURADORA”**, ésta deberá realizar el reembolso de los gastos efectuados en exceso por el Asegurado, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TIQ). En este caso, el médico de confianza que aceptó el tabulador de **“LA ASEGURADORA”** también será considerado como médico de red.

b) REEMBOLSO.

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 los formatos y documentación que a continuación se enumeran y en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de Declaración del Reclamante debidamente llenado y firmado;

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

2. *Formato de Declaración del Médico Tratante debidamente llenado y firmado;*
3. *Facturas originales, que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho;*
4. *Las facturas de farmacia originales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados;*
5. *Los recibos originales 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;

6. *Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etcétera, será necesario el original o la copia de la interpretación. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al Asegurado;*
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. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al Asegurado;*
8. *Copia de identificación oficial vigente del Asegurado titular, cuando la reclamación se hace por primera vez. Como identificaciones oficiales se considerarán: credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar nacional, cédula profesional, licencia de manejo con antigüedad mínima de 6 meses, formatos FM2 o FM3, credencial de inmigrado, Certificado de matrícula consular y tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.*

Para los numerales 3, 4 y 5 todas las facturas o recibos deberán emitirse a nombre del Asegurado titular independientemente que éste no haya sido el afectado.

Para los numerales 6 y 7, sólo en caso de que “LA ASEGURADORA” por error haya extraviado el estudio proporcionado por el Asegurado y dicho estudio sea indispensable para la atención de la enfermedad o accidente, “LA ASEGURADORA” deberá facilitar al Asegurado la reposición del estudio, sin costo alguno.

Aplicación del Deducible y Coaseguro para Reembolso.- *En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema de Reembolso, considerando que el hospital y/o médico no son de la Red de “LA ASEGURADORA” y el médico no se ajustó al tabulador de ésta, 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 del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en el certificado individual. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y con el coaseguro correspondiente.*

Tratándose del reembolso de gastos efectuados por el Asegurado por un accidente, siempre y cuando estos gastos rebasen el deducible establecido en el contrato, se eliminará únicamente el coaseguro (no importará si el médico y/o el hospital están o no en la red de “LA ASEGURADORA”) y se aplicará el deducible correspondiente, siempre y cuando la reclamación sea la inicial. Los pagos complementarios

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y sin coaseguro.

En caso de que el Asegurado solicite el reembolso de los gastos efectuados por una enfermedad y se haya atendido en hospital y con médico de la red, o bien el médico se haya ajustado al tabulador de pago directo, se eliminará el coaseguro correspondiente. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y sin coaseguro. El deducible será de 2 UMAM, en los casos no previstos.

c) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto es aquél en el que una parte de los gastos generados por el Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, son liquidados directamente al prestador del servicio por “LA ASEGURADORA” de conformidad con el inciso a) anterior. La otra parte es cubierta por el propio Asegurado, la cual será liquidada por “LA ASEGURADORA” mediante el Sistema de Reembolso, con sujeción a los términos estipulados en el contrato.

d) PAGO COMPLEMENTARIO.

El sistema de pago complementario es aquel en donde, 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 el contrato y de conformidad con el sistema de pago que le dio origen.

En caso de que a la reclamación inicial, por enfermedad, le hubieren aplicado deducible y coaseguro, al pago complementario sólo se le aplicará el coaseguro.

Si en la reclamación inicial se pagó el deducible y se eliminó el coaseguro, los pagos complementarios no tendrán deducible ni coaseguro, siempre y cuando la atención se continúe recibiendo de un médico y hospital de red.

e) **Accidente.-** Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto y rebasen el deducible contratado, se aplicará deducible independientemente del sistema de pago que se utilice y se eliminará el pago del coaseguro, siempre y cuando la atención médica se realice dentro de los primeros 90 (NOVENTA) días de ocurrido el mismo.

f) **Emergencia o Urgencia Médica.-** Cuando el Asegurado haya erogado gastos derivados de una emergencia o urgencia médica por un padecimiento cubierto en las condiciones del Contrato, por el cual no se haya pagado un deducible, y éstos se hubieren efectuado durante el periodo de estancia en el hospital por dicha emergencia o urgencia, siempre que la estancia no sea mayor a 24 horas. Se aplicará deducible independientemente del sistema de pago que se utilice y se eliminará el pago del coaseguro de los gastos derivados de la emergencia o urgencia, independientemente del sistema de pago.

En caso de que el internamiento fuera mayor a 24 horas, y la emergencia o urgencia médica estuviera cubierta por las condiciones del Contrato, operará el tabulador de Pago Directo para el hospital y médicos de la red médica.

Si el médico no es de la red médica y la emergencia o urgencia médica es procedente, se cubrirá el pago correspondiente a la situación de emergencia o urgencia, siempre y cuando éste acepte el tabulador de Pago Directo de “LA ASEGURADORA”.

Las coberturas de parto y cesárea no se consideran emergencias o urgencias médicas.

- 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 el contrato.
 2. A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible y a la diferencia se le aplicará el porcentaje del coaseguro pactado en el contrato.
 3. Por cada enfermedad o accidente cubierto, el deducible se aplicará una sola vez y el coaseguro se aplicará por reclamación, en el entendido que un siniestro puede tener varias reclamaciones.
 4. En caso de fallecimiento del Asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.

18. PERIODO DE BENEFICIO.

Si el contrato termina su vigencia de acuerdo a lo establecido en la Cláusula. Vigencia, o no se hace la ampliación de la vigencia o la contratación de una póliza individual de Seguro Médico Colectivo con “LA ASEGURADORA”, según sea el caso:

- a) No se cubrirán los gastos efectuados después del término de vigencia o separación de la colectividad asegurada, aun cuando la reclamación haya iniciado el trámite dentro del período de vigencia.
- b) Si “LA ASEGURADORA” ha autorizado previamente el pago de una enfermedad o accidente cubierto, y el Asegurado se encontrara hospitalizado al momento de finalizar la vigencia del contrato o de haber sido separado de la colectividad asegurada, se le pagarán los gastos de esa atención médica por un plazo máximo de 90 (NOVENTA) días a partir de la fecha de terminación de vigencia del contrato o de la separación de la colectividad asegurada o el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

19. REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la cláusula 13. 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.

20. **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.

21. **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.

22. **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.

23. **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.

24. **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.

La prescripción también se interrumpe por los supuestos establecidos en el artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, no se acepta el artículo 1041 del Código de Comercio.

25. 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.

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

27. AVISOS Y NOTIFICACIONES. Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro deberá hacerse en el domicilio notificado de “EL CONTRATANTE”, marcándole una copia a la UPCP, salvo los asuntos que expresamente se indique que se realizarán a “EL CONTRATANTE”, por escrito, en el domicilio que se tenga conocimiento.

Los que se realicen a “LA ASEGURADORA” por parte de “EL CONTRATANTE” se harán, por escrito en el domicilio que se establezca en el contrato.

Asimismo, tendrán validez los correos electrónicos en los que se intercambie información con “LA ASEGURADORA”, siempre y cuando se cumplan los requisitos y salvedades establecidos en el contrato, que brindan certeza de la correcta recepción de éstos por parte de “LA ASEGURADORA”.

28. 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.

29. 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 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.

30. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si En términos de lo previsto por en el artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se transcribe el artículo 25 del mencionado dispositivo legal:

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

31. 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.

32. AUTOADMINISTRACIÓN DE CONSENTIMIENTOS.

“EL CONTRATANTE” es responsable de archivar 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.

Los consentimientos de cada asegurado titular, serán custodiados en el expediente de personal de la Subdirección de Desarrollo Humano de “EL CONTRATANTE”, quienes informarán a “LA ASEGURADORA” de las altas a más tardar 30 (TREINTA) días naturales posteriores al ingreso del asegurado, a través del formato establecido por “LA ASEGURADORA”.

33. CARENCIA DE RESTRICCIONES.

El contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o estilo de vida de los Asegurados.

34. LICENCIAS POR ENFERMEDAD.

“EL CONTRATANTE” pagará a “LA ASEGURADORA” el 100% de la prima básica, cuando en su

caso, el asegurado se encuentre de licencia por enfermedad, dentro de los supuestos establecidos en el artículo 37 de la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, aún y cuando el asegurado se encuentre en el supuesto sin goce de sueldo.

Cuando se encuentre sin goce de sueldo, **“EL CONTRATANTE”** le deberá avisar al Asegurado titular le deberán avisar al Asegurado titular que deberá pagar directamente a **“LA ASEGURADORA”** el monto de la prima correspondiente, sujetándose a las condiciones de pago que establezca **“LA ASEGURADORA”**, para que continúen asegurados sus ascendientes y permanezca con la suma asegurada potenciada.

35. **SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LOS EFECTOS DEL NOMBRAMIENTO.**

- a) Cuando el asegurado sufra prisión preventiva seguida de fallo absolutorio, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico (por parte de **“EL CONTRATANTE”**) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del Asegurado), del periodo que duró la prisión preventiva, para lo cual **“LA ASEGURADORA”** realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.
- b) Cuando el asegurado fuere suspendido en los términos de los artículos 42 y 45 de la Ley Federal del Trabajo, Reglamentaria del Apartado A) del artículo 123 Constitucional, seguido de laudo ejecutoriado en el que se determine reanude sus labores, o en su caso del aviso de reanudación de labores, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico (por parte de las participantes, en términos del laudo respectivo) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del Asegurado) del tiempo que duró la suspensión, para lo cual **“LA ASEGURADORA”** realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.
- c) Cuando el asegurado fuere suspendido en términos de la Ley Federal del Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y obtenga resolución firme en donde se revoque la sanción o la medida cautelar respectiva, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico (por parte de **“EL CONTRATANTE”** en términos de la resolución emitida al respecto) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del Asegurado), del tiempo que duró la suspensión, para lo cual **“LA ASEGURADORA”** realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.
- d) Cuando el asegurado obtenga laudo favorable ejecutoriado derivado de un litigio laboral, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico (por parte de **“EL CONTRATANTE”** en términos del laudo correspondiente) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del Asegurado), del tiempo que duró la suspensión, para lo cual **“LA ASEGURADORA”** realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.

Lo previsto en los incisos anteriores, es aplicable para los laudos o cualquier otra resolución que se notifique a **“EL CONTRATANTE”** dentro de la vigencia del contrato.

El pago retroactivo de la prima por parte del Asegurado y de **“EL CONTRATANTE”** deberá ser en una sola exhibición.

En caso que se diera algunos de los supuestos indicados en los incisos citados, será suficiente con la presentación de una copia simple completa de la resolución, laudo o fallo absolutorio.

Reinstalación de los servidores públicos cuando ganan juicios laborales

“LA ASEGURADORA” aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico como del plan de potenciación y ascendientes, cuando exista un laudo favorable al asegurado en donde se ordene la reinstalación del asegurado a su trabajo, con la finalidad de reconocimiento de antigüedad y de cubrir preexistencias

Los efectos de esta cláusula estarán condicionados al laudo emitido por el Tribunal, por lo que, si el Tribunal ordena reinstalación con pago de salarios caídos y sus respectivas prestaciones, se deberá de reinstalar desde la fecha en que ordene el juez o en caso de que no lo establezca el laudo desde la fecha en que fue separado del servicio y se deberán de pagar los siniestros ocurridos durante el periodo que duró el juicio laboral, con independencia de la vigencia del contrato.

Esta cláusula aplica para los laudos que sean notificados a “EL CONTRATANTE”, dentro de la vigencia del contrato. Para lo cual “LA ASEGURADORA” deberá calcular e informar a “EL CONTRATANTE” tanto del plan básico como del plan de potenciación y ascendientes.

El pago de la prima (básica, potenciación y/o ascendientes) correspondientes, se realizará en una sola exhibición.

En todos los supuestos que se indican en esta Cláusula, “LA ASEGURADORA” estará obligada al pago de los siniestros ocurridos en el periodo de suspensión temporal de los efectos del nombramiento, una vez que el Asegurado y/o “EL CONTRATANTE” hayan efectuado el correspondiente pago de primas.

36. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

*Con fundamento en los artículos 54 Bis de la LAASSP y 102, fracción I del RLAASSP, “EL CONTRATANTE” por conducto de la **Subdirección de Desarrollo Humano** podrá solicitar al Titular de la Unidad Jurídica, dar por terminado anticipadamente el Contrato, sin responsabilidad alguna, mediante notificación por escrito a “LA ASEGURADORA”, cuando concurren razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionará algún daño o perjuicio al Estado o se determina la nulidad de los actos que dieron origen al Contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio emitida por la Secretaria de la Función Pública. En estos supuestos, “EL CONTRATANTE” reembolsará a “LA ASEGURADORA” los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean fundados, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el contrato correspondiente.*

37. RECISIÓN DE CONTRATO.

*Con apego en los artículos 54 de la LAASSP; 98 y 99 del RLAASSP, “EL CONTRATANTE” por conducto de la **Coordinación de Administración**, podrá solicitar al Titular de la Unidad Jurídica, rescindir administrativamente el Contrato sin necesidad de Declaración Judicial previa y, sin que por ello incurra en responsabilidad, en los siguientes casos que se enumeran de manera enunciativa, más no limitativa:*

- *Cuando “LA ASEGURADORA” incumpla total o parcialmente en sus obligaciones adquiridas en el Contrato y que por su causa se afecte el interés principal.*
- *Si se declara en concurso mercantil, o si hace cesión de obligaciones y/o derechos a terceros en forma que afecte el Contrato.*
- *Cuando se llegue al límite de deducciones.*
- *Cuando se llegue al límite de penas convencionales*
- *Cuando LA ASEGURADORA incurra en negligencia respecto al servicio, sin justificación para “EL CONTRATANTE”.*

Cuando se incumplan o contravengan las disposiciones de la LAASSP y, el RLAASSP y los Lineamientos que rigen en la materia.

38. 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:

- 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., 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,

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.

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., 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., 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.

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.

39. VIGENCIA. La presente póliza tiene vigencia de un año, cuyos efectos comprenderán a partir de las **cero horas del día 1 de enero de dos mil veinticuatro hasta las veinticuatro horas del 31 de diciembre 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.

Con fundamento en el artículo **52** de la **LAASSP**, se podrán celebrar convenios modificatorios al contrato que se derive del procedimiento de contratación, y deberán de formalizarse por escrito siempre que el monto total de las modificaciones no rebase en conjunto el **20% (VEINTE POR CIENTO)** del monto o cantidad de los conceptos y volúmenes establecidos originalmente en los mismos, respetando las tarifas pactadas originalmente. Asimismo, se deberá contar con la disponibilidad presupuestaria correspondiente. Estas modificaciones podrán hacerse en cualquier tiempo, siempre y cuando se realicen antes de que concluya la vigencia del contrato.

Con la finalidad de mantener unida la colectividad asegurada del **SMC**, sólo se podrá ampliar la vigencia del servicio para todos los integrantes del contrato, es decir no podrán hacerse modificaciones con sólo algunos participantes. Cuando sea **“EL CONTRATANTE”** el que requiera modificar el contrato, la **Subdirección de Desarrollo Humano** con base en las atribuciones conferidas a la Institución, y previo acuerdo con **“LA ASEGURADORA”**, realizará los trámites correspondientes para la elaboración del convenio modificatorio, mismo que formará parte integrante del contrato adjudicado. Que será firmado por los Apoderados Legales.

Para ampliar la vigencia del contrato, **“EL CONTRATANTE”** deberá contar con el consentimiento **“LA ASEGURADORA”**, de acuerdo con lo establecido en los artículos **91** y **92** del **RLAASSP**; el costo de la ampliación que en su caso se realice, será preferentemente con la prima originalmente contratada, por lo que no podrá variar. **“LA ASEGURADORA”** deberá prestar el servicio en las mismas condiciones contratadas.

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

En dicha ampliación preferentemente no podrán incrementarse las tarifas de las coberturas básicas y potenciadas y “LA ASEGURADORA” continuará prestando el servicio en las mismas condiciones contratadas.

Cualquier modificación deberá formalizarse mediante convenio y por escrito, mismo que será suscrito por los servidores públicos que representen a “EL CONTRATANTE”, quienes los sustituyan o estén facultados para ello.

En relación a la petición de ampliación a la vigencia del contrato o al monto por parte de “EL CONTRATANTE” hacia LA ASEGURADORA como la debida respuesta que ésta otorgue, deberá ser por medios oficiales y por escrito, de conformidad con el artículo 52 de la LAASSP y 91 del RLAASSP.

En caso de que “LA ASEGURADORA” no se encuentre en posibilidades de otorgar la ampliación a la vigencia y/o monto del contrato deberá hacerlo del conocimiento por escrito a “EL CONTRATANTE”, expresando las causas que impidan dicha acción.

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.

8. COBERTURAS ADICIONALES

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza del Seguro Médico Colectivo siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura, 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 dicho condicionamiento; será reducción o eliminación de acuerdo al período que se haya tenido cubierto en otra Aseguradora.*
- 2. No equivale ni es computable para conceder la cobertura de preexistencia a la fecha de la antigüedad reconocida.*
- 3. No se dará continuidad ni se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos para nuevos ingresos a la colectividad asegurada y que no hayan estado cubiertos en esta colectividad asegurada, antes del inicio de vigencia del contrato con “**LA ASEGURADORA**” o del correspondiente certificado individual. Este inciso no aplica para el pago de complementos.*
- 4. Si la documentación con la cual se respalda el período cubierto en otra Aseguradora, no se presenta, durante los primeros 30 días naturales, al ingresar a la colectividad asegurada por el contrato, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de “**LA ASEGURADORA**”.*
- 5. El reconocimiento de antigüedad surtirá efectos y operará siempre y cuando no existan más de 30 días naturales al descubierto entre el término de la póliza anterior y el inicio de la nueva vigencia.*
- 6. “**LA ASEGURADORA**” reconoce la antigüedad para todos los Asegurados a partir de la fecha que se indica en cada caso en la base de datos que al inicio de vigencia proporcionen “**EL CONTRATANTE**”.*
- 7. No aplica el reconocimiento de antigüedad para el servicio exterior mexicano.*

PARTO

SUMA ASEGURADA: 17 UMAM.

DEDUCIBLE: DE ACUERDO AL ANEXO DE ESTA PÓLIZA.

COASEGURO: DE ACUERDO AL ANEXO DE ESTA PÓLIZA.

Se cubren los gastos originados por la atención de un parto normal, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 17 UMAM, para la cobertura básica. Cabe señalar que para el pago de este siniestro, el Asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso, el coaseguro.

En caso de que el Asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no está en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de “**LA ASEGURADORA**” (previo acuerdo).

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 o várices vulvares o vaginales. Estas complicaciones estarán incluidas en la suma asegurada para el parto.

Sólo se cubrirá a la Asegurada titular, la cónyuge o a la concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o Asegurada titular.

Los gastos originados quedarán cubiertos siempre y cuando el período de gestación se inicie dentro de la vigencia del respectivo certificado individual del contrato, de cada Asegurada. Este período de espera no operará para la Asegurada titular. Tratándose de la cónyuge o concubina del Asegurado titular, no se aplicará dicho período de espera si éste solicita el ingreso de su cónyuge a la colectividad asegurada por el contrato, dentro de los 30 días naturales siguientes a su incorporación a “**EL CONTRATANTE**” donde está llevando a cabo la reclamación o dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana. Los padecimientos cubiertos en este numeral no aplican para la potenciación.

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 5 del apartado **ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA** 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.**

SEGURO COLECTIVO

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

- * *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.*

ABORTO INVOLUNTARIO

SUMA ASEGURADA: 17 UMAM.

DEDUCIBLE: DE ACUERDO AL ANEXO DE ESTA PÓLIZA.

COASEGURO: DE ACUERDO AL ANEXO DE ESTA PÓLIZA.

Se cubrirán los gastos en que incurra la Asegurada titular, la cónyuge o a la concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado titular, originados por la atención de un **ABORTO INVOLUNTARIO** bajo los términos siguientes:

Se considerará como aborto involuntario, la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario para la Asegurada y su realización se acredita mediante los correspondientes estudios de laboratorio y/o gabinete.

Se cubren los gastos originados por la atención de un aborto involuntario, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 17 UMAM. Cabe señalar que, para el pago de este siniestro, el Asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso, al coaseguro.

En caso de que el Asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no está en la red de **"LA ASEGURADORA"**, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de **"LA ASEGURADORA"** (previo acuerdo).

Sólo se cubrirá a la Asegurada titular, la cónyuge o concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o Asegurada titular.

Los gastos originados quedarán cubiertos siempre y cuando el período de gestación se inicie dentro de la vigencia del respectivo certificado individual del contrato, de cada asegurada. Este período de espera no operará para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge o concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado titular, no se aplicará dicho período de espera si éste solicita el ingreso de su cónyuge o concubina o pareja del mismo sexo a la colectividad asegurada por el contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a su incorporación a **"EL CONTRATANTE"** donde está llevando a cabo la reclamación o dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

El padecimiento aborto involuntario cubierto en este numeral no aplica para la potenciación.

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.**

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 a solicitud expresa de **"EL CONTRATANTE"**.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Padecimientos preexistentes, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) Para el Asegurado titular, cónyuge, concubina, concubino o pareja del mismo sexo, e hijo dependiente económico, se cubrirán siempre y cuando no haya estado bajo tratamiento, control o estudio médico en un período de seis meses anteriores a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada,
- b) Para el Asegurado ascendiente, se cubrirán siempre y cuando su tratamiento médico o quirúrgico por una enfermedad, inicie después del tercer año de cobertura continua al momento de ingresar a la colectividad asegurada, o, en su caso, alcance dicha antigüedad sumando el tiempo en que haya estado protegido en una póliza individual o en otro certificado individual de otro contrato o póliza colectiva o de grupo de Seguro Médico Colectivo contratada con alguna Aseguradora. El periodo de espera se podrá eliminar con el reconocimiento de antigüedad definido en estas condiciones generales,
- c) Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.
- d) **“LA ASEGURADORA”** sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente en los casos que no cumplan con lo previsto en los incisos a) y b) anteriormente descritos o cuando cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

Previamente al ingreso a la colectividad asegurada, se haya declarado al Asegurado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes, toda vez que dichos complementos se cubrirán de conformidad con lo indicado en la Cláusula Vigésima Quinta. Pago de Complementos.

- e) Procedimiento arbitral para resolver los casos preexistentes, mediante arbitraje médico:

Para resolver, desde el punto de vista médico, las controversias que se susciten sobre la preexistencia; el reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, por acudir ante un arbitraje médico.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro (elegido por el Asegurado de la lista que haya proporcionado **“LA ASEGURADORA”**) y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

En cada procedimiento arbitral se determinarán los plazos correspondientes, entre el Asegurado, la Aseguradora y el árbitro en el convenio correspondiente.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, el reclamante seleccionará al médico del listado que proporcionará **“LA ASEGURADORA”**, y las partes lo facultarán como árbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, también fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

Condiciones Generales



SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

Póliza GM0912

El laudo que se emita vinculará a las partes y el procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y, en caso de existir, será liquidado por “**LA ASEGURADORA**”. El dictamen que se emita será obligatorio para la Aseguradora, no para el Asegurado reclamante.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

La Aseguradora deberá proporcionar una relación de médicos para fungir como árbitros. Esta relación deberá tener al menos 2 médicos por cada una de las especialidades que se mencionan a continuación. Los médicos no deberán tener relación laboral, ni pertenecer a la Red Médica de “**LA ASEGURADORA**” y deberán ser médicos reconocidos en su especialidad.

Únicamente la Aseguradora que resulte adjudicada entregará a “**EL CONTRATANTE**” la relación de los médicos que fungirán como árbitros, incluyendo como mínimo la siguiente información: Nombre de la Especialidad, nombre del médico, dirección completa, teléfono y móvil.

Dicha relación deberá ser integrada por médicos que cuenten con la certificación del colegio de su especialidad.

Anestesiología	Medicina Interna
Angiología	Nefrología
Cardiología	Neonatología
Cirugía General	Neumología
Cirugía Plástica y Reconstructiva	Neurología
Dermatología	Oftalmología
Endocrinología	Oncología
Gastroenterología	Ortopedia
Ginecología- Obstetricia	Ortopedia y Traumatología
Hematología	Otorrinolaringología
Infectología	Pediatría
Medicina General	Urología

DEPORTES PELIGROSOS

Los gastos en que incurra el Asegurado, únicamente dentro de la República Mexicana, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo, no limitativo:

Tauromaquia, Automovilismo, Motociclismo terrestre o acuático, Ciclismo, Esquí en cualquiera de sus formas, Surfing, Regatas (veleros, yates, etcétera), Buceo, Equitación, Charrería, Polo, Hockey, Alpinismo, Montañismo, Espeleología, Rapel, Deportes aéreos y similares, Velideltismo, Boxeo, Lucha libre o grecorromana, Karate, Artes marciales, etcétera.

El uso de motocicletas y vehículos de motor similares también serán cubiertos siempre y cuando, el Asegurado lo utilice como medio de trabajo.

Conforme a los términos siguientes:

- 1. Los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán con sujeción a los términos y condiciones de esta póliza, los cuales no deberán exceder **del costo razonable**.*
- 2. El deducible y el coaseguro aplicarán únicamente en el Sistema de Pago por Reembolso.*
- 3. Esta cobertura sólo aplica en Territorio Nacional.*

PADECIMIENTOS CONGENITOS

Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado durante la vigencia de la póliza, nacido antes del inicio de la vigencia de esta póliza, a consecuencia de enfermedades por malformaciones y/o padecimientos congénitos, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) Del Asegurado con más de 10 años de edad, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se presenten durante la vigencia de la póliza o del certificado individual, siempre y cuando se cumpla con las dos siguientes características:*
- b) No se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en fecha anterior a la fecha de ingreso a la colectividad.*
- c) Sólo se cubrirán en la República Mexicana.*

PAGO DE COMPLEMENTOS

“LA ASEGURADORA” continuará pagando los gastos por cada enfermedad y/o accidente cubierto cuya reclamación haya iniciado a partir del 1 de enero de 1997, hasta el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de haberse iniciado la enfermedad y/o accidente respectivo, sin que aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos.

La acción para solicitar el pago de complementos a “LA ASEGURADORA”, no prescribirá durante la vigencia del contrato y su pago se encuentra condicionado directamente al saldo de la suma asegurada remanente.

Los complementos serán pagados de acuerdo a las condiciones vigentes al momento de iniciar el siniestro y a la información de siniestralidad proporcionada a “LA ASEGURADORA”. Dichas condiciones son el deducible, coaseguro y suma asegurada al inicio del padecimiento.

“LA ASEGURADORA” no estará obligada a cubrir el pago de complementos cuando los gastos deban pagarse conforme a lo previsto en el inciso b) de la Cláusula Vigésima primera (Periodo de beneficio).

Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

Las enfermedades congénitas no se considerarán padecimientos preexistentes, por lo que para este tipo de enfermedades deberá aplicar lo establecido en el apartado de Enfermedades y tratamientos cubiertos con periodo de espera como se indica en los presentes requisitos técnicos.

Los Asegurados de nueva incorporación en la colectividad, que estaban Asegurados en compañías diferentes, tienen derecho al pago de complementos hasta el monto de la suma asegurada remanente. La suma asegurada remanente para el pago de complementos para los Asegurados de nueva incorporación en la colectividad será la que resulte de la Suma Asegurada contratada en la nueva cobertura menos el monto de siniestros erogados con la compañía anterior.

Para este tipo de Asegurados, en caso de tener antecedentes de siniestros pagados por cualquier Aseguradora anteriores al 1 de enero de 1997 o que “LA ASEGURADORA” no tenga el antecedente, será necesario presentar carta de siniestralidad de la Aseguradora correspondiente, en la cual se indique el remanente de suma asegurada y se corrobore el padecimiento cubierto, así como la suma asegurada inicial.

Con el fin de pagar complementos en estricto apego a las condiciones establecidas para el seguro objeto de la presente, se pagarán siempre que la cobertura se encuentre amparada por las condiciones de la póliza.

“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-S0034-0197-2013 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 21 de Abril de 2015, con número RESP-S0034-0401-2015.