

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL SUSTANTIVO

A) DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL SERVICIO

Prestar los servicios del Seguro de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo, que forma parte del Tabulador de Sueldos y Salarios Brutos aplicable a los puestos de categorías de la Fiscalía General de la República, que están expuestos a posibles eventualidades de innumerables siniestros desfavorables, que requieren de su atención inmediata.

La contratación de estos servicios se realiza conforme al artículo 123 Apartado B Fracción XIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 25 Fracción IV del ACUERDO A/CPA/001/2020 mediante el cual se publica la estructura ocupacional de la Fiscalía General de la República y se expide el Manual que regula las remuneraciones de los Servidores Públicos de la Fiscalía General de la República para el ejercicio fiscal 2020, emitido en el Diario Oficial de la Federación el viernes 28 de febrero de 2020, en donde se establece, que se otorgará un seguro de gastos médicos mayores a los servidores públicos contratados en puestos considerados en el "Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicables a los puestos de la Fiscalía General de la Republica", Anexo 4., y tienen por objeto dar protección y seguridad a los servidores públicos que forman parte de la colectividad de la póliza, por el tipo de funciones que realizan entre las cuales se encuentran: investigar y perseguir los delitos; ejercer la acción penal; procurar la reparación del daño de las víctimas; adoptar y, en su caso, promover la adopción de medidas de protección a favor de las víctimas, testigos u otros sujetos procesales; intervenir en el proceso de ejecución penal; intervenir en las acciones de extradición activa y pasiva; intervenir en las acciones de inconstitucionalidad o controversias constitucionales y las demás que señalen otras disposiciones aplicables, que continuamente ponen en riesgo su vida.

El servicio, debe iniciar a partir **de las 00:00 horas del 1 de marzo de 2020 a las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2020**, en virtud de que la vigencia del servicio contratado actualmente vence el 31 de diciembre de 2019, derivado de las funciones inherentes a las actividades de las y los trabajadores.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO

1.-CONTRATANTE

La Fiscalía General de la República, contratante de la póliza, que en lo sucesivo se denominará como la "FGR".

2.- ASEGURADORA.

Es la empresa que emite las pólizas, a la que en lo sucesivo se le denominará como la "ASEGURADORA".

3.- PÓLIZA

Contrato de seguro celebrado entre la FGR y la "ASEGURADORA" que en lo sucesivo se le denominará como la Póliza.

4.- ASEGURADO

Es la persona que por formar parte de la colectividad asegurada en este contrato, tiene el carácter de Titular si 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, o concubina o concubinario, o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, o hijos del asegurado hasta 25 años

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

de edad al inicio de la vigencia del presente contrato, y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, que éste determine proteger.

5.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la **Póliza** se iniciará a partir de las **00:00 horas del día 1 de marzo de 2020 y terminará a las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2020.**

6.- MONEDA

Las pólizas serán emitidas en Moneda Nacional y para todos los efectos se utilizará la misma moneda.

7.- CONTRATO DE NO ADHESIÓN.

Las condiciones de la **Póliza** son convenidas libremente por la FGR y la Aseguradora, no es un contrato de adhesión, no requiere ser registrada previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La póliza contiene las Condiciones Especiales, Condiciones Generales y Clausulado completo, por lo que substituyen a las Condiciones Generales de los Contratos de adhesión.

8.- PRELACIÓN

Las Condiciones y Cláusulas Especiales de la póliza, tendrán prelación sobre las Condiciones Generales, en todo aquello a que se opongan a la cobertura otorgada.

CONDICIONES ESPECIALES:

| | |
|----------------------------------|---|
| Accidente | Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y/o violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada (dentro del territorio nacional y en caso del extranjero solo aplica para titulares con el soporte correspondiente) que produce lesiones corporales y que requiere atención médica inmediata o dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen y se encuentre amparado en los términos de las Condiciones Generales de la póliza. |
| Accidente cubierto | Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y/o violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada (dentro o fuera del territorio nacional), que produce lesiones corporales en el Asegurado, siempre y cuando requiera de 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 del contrato de seguro. |
| Apoyo económico adicional | Apoyo adicional a los Titulares que hayan agotado la suma básica y/o potenciada contratada previa autorización del área responsable de la FGR para su atención médica, en los casos que sean lesionados en cumplimiento de su deber, y que el servidor público afectado se encuentre en servicio activo, quedando excluidas las enfermedades o padecimientos. |
| Asegurado | Persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente amparado por esta póliza y que forma parte de la colectividad asegurada. |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | |
|--|---|
| Asegurado Titular | Persona al servicio de la Fiscalía General de la República y que pertenece a la colectividad asegurada. |
| Asegurado No Titular | Persona residente que para efectos de seguro, el Asegurado Titular designa como su cónyuge por matrimonio, concubina, concubinario, o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo; hijos que cuenten con hasta 25 años de edad al inicio de la vigencia del contrato y para nuevos asegurados a la fecha de inclusión en la colectividad, y ascendientes (padre y/o madre) del Asegurado Titular, de hasta 85 años y para nuevos asegurados a la fecha de inclusión en la colectividad, que éste determine proteger. |
| Aseguradora | Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de Seguros a la que se adjudique el contrato. |
| Aparatos Ortopédicos | Aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren de un padecimiento cubierto o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, silla de ruedas, entre otros). |
| Causa del siniestro | Motivo que originó el siniestro derivado de un accidente o enfermedad, parto o cesárea. |
| Caso fortuito o de fuerza mayor | Hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre y cuando no se haya dado causa, o contribución a ellos. |
| Centros de atención | Instalaciones de la Aseguradora o promotorías en la República Mexicana a través de las cuales las reclamaciones de siniestros de los asegurados serán atendidas, y se proporcionará el servicio de reembolso. <u>Las instalaciones de las aseguradoras o módulos hospitalarios deberán proporcionar el servicio de reembolso.</u> |
| Certificado individual | Documento que emite la Aseguradora para cada asegurado titular, con al menos los siguientes datos: Nombre del asegurado titular, y en su caso, nombre de su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes, su parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de ingreso a la colectividad asegurada, prima a cargo del asegurado en caso de potenciación con IVA desglosado y prima a cargo de la Fiscalía, forma de pago (se refiere a la prima de potenciación y/o ascendiente a cargo del asegurado) suma asegurada básica, en su caso potenciación, deducible (indica que es de acuerdo al hospital, con base en las Condiciones Generales), coaseguro, y principales coberturas. El certificado deberá incluir la siguiente leyenda: "Los términos y condiciones del seguro se encuentran establecidas en las Condiciones Generales de la póliza contratada por la FGR". |
| Colectividad | Colectividad integrada por los Asegurados Titulares y los Asegurados no |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | |
|--|--|
| Asegurada | Titulares. |
| Colectividad de la Póliza /Colectividad Asegurada | Los puestos y niveles a que hace referencia tienen asignadas diferentes sumas aseguradas dependiendo del nivel del Titular y será el mismo para sus beneficiarios incorporados, es decir que la prestación otorgada a los servidores públicos respectivos por la FGR se refiere a la suma asegurada del plan básico. (El pago de prima correspondiente a los asegurados titulares, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hasta 25 años (estará a cargo de la FGR.); en el entendido que la inclusión de ascendientes (padre y/o madre, hasta 85 años) y potenciación será con cargo al titular. |
| Complementos anteriores | Gastos erogados por un Asegurado en la vigencia de la póliza, derivados de una reclamación inicial pagada por la Aseguradora inmediata(s) anterior(es) a la póliza que se contrate. |
| Consentimiento individual | Es el formato que proporciona la FGR denominado Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos, en el que los asegurados Titulares realicen el registro de sus datos personales y los de sus dependientes asegurados, así como la suma asegurada elegida (potenciación). Este formato será requisitado por los servidores públicos de nuevo ingreso, y por los asegurados titulares en los periodos de inscripción a potenciación e inclusión de ascendientes, que se describen en el presente contrato, así como agregar o dar de baja a asegurados, decrementar o eliminar la suma potenciada. |
| Centros de atención | Instalaciones de la Aseguradora en la Ciudad de México y en las distintas entidades federativas de la República Mexicana, a través de las cuales se da atención a los asegurados y respuesta a las reclamaciones de siniestros y asesoría u orientación. |
| Contratante | Fiscalía General de la República. |
| Contrato / Póliza | 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. |
| Costo razonable | Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y la Aseguradora, en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. El monto máximo de los Gastos Médicos cubiertos por este Contrato no podrá exceder, 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, del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio. |
| Cuarto privado estándar | Cuarto privado estándar de hospital, clínica o sanatorio, aislado, con teléfono, televisión, baño y con alimentos incluidos para el asegurado. |
| Deducible | Cantidad a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones establecidas. En los accidentes que sufran los titulares en cumplimiento del |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

deber, no habrá deducible.

| | |
|---|---|
| Emergencia o Urgencia médica | <p>Enfermedad o accidente cubierto por la póliza, que pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, que requiere el ingreso al área de urgencias de un hospital.</p> <p>Estos gastos serán cubiertos mediante pago directo por la Aseguradora, si el asegurado permanece por lo menos 24 horas hospitalizado, siempre y cuando se trate de hospital y médicos de red o este último se ajuste al tabulador de la Aseguradora. Esta cobertura aplica en territorio nacional y en caso de siniestro en el extranjero, exclusivamente para titulares que cuenten con el soporte correspondiente.</p> |
| Enfermedad congénita | <p>Enfermedad se produce durante el período de gestación y que se manifiesta desde el nacimiento o en cualquier etapa de la vida.</p> |
| Enfermedad cubierta | <p>Alteración en la salud del asegurado debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico y se encuentre amparada en los términos de las Condiciones Especiales y Generales de la póliza.</p> |
| Evento | <p>Afectación derivada de una enfermedad, padecimiento o accidente que sufre un Asegurado con motivo de un padecimiento amparado por la póliza, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas de aquéllos. En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por la póliza, 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.</p> |
| Fecha de antigüedad | <p>La fecha a partir de la cual el asegurado cuenta con la protección de una póliza de gastos médicos mayores, en forma individual o colectiva, con cualquier Aseguradora y solo servirá para reducir o eliminar periodos de espera, siempre y cuando la protección haya sido continua e ininterrumpida. Esta fecha se expresará en la tarjeta de identificación y en el certificado individual.</p> |
| Fecha de ingreso al grupo asegurado. | <p>Es la fecha en que ingresó el asegurado a esta póliza.</p> |
| Fecha de siniestro: | <p>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 del diagnóstico del padecimiento cubierto de acuerdo con la Condiciones Generales de la póliza.</p> |
| FGR | <p>Fiscalía General de la República.</p> |
| Gasto médico | <p>Cualquier erogación que se realiza para la atención y/o tratamiento de un accidente y/o enfermedad cubiertos por la presente póliza.</p> |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | |
|---------------------------------|--|
| Gasto Médico Mayor | 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. |
| Gasto Usual Acostumbrado | Aquél cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y la Aseguradora, en consideración a la naturaleza y 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 de los Gastos Médicos cubiertos por la presente póliza no podrá exceder, para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros). El monto para prestadores de servicios fuera de la red será el mismo al que la Aseguradora tenga Convenio de Pago Directo, que corresponda a servicios de la misma especialidad o categoría. |
| Grupo de hospitales | Conjunto de hospitales a los cuales puede acceder un Asegurado de acuerdo a las Condiciones Generales. |
| Grupo asociado médico | Conjunto de médicos que cumplen con el aval de las autoridades de Educación Superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad, para el debido ejercicio de su profesión y que solo celebran convenios con las Aseguradoras con fines de otorgar el pago de sus honorarios correspondientes por la atención de los Asegurados. |
| Honorarios médicos | Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que preste al asegurado y que participa de manera activa y directa en su recuperación y/o atención. |
| Hospital | Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos y accidentados. |
| 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. |
| Kit | Es el Certificado individual, tarjetas de identificación por asegurado, formatos para reclamar algún siniestro, condiciones generales de la póliza, red de hospitales y Centros de Atención de la Aseguradora en toda la República Mexicana, durante la vigencia. |
| Inicio de cobertura | Fecha a partir de la cual un Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios contratados en la póliza. |
| Médico | Profesionista independiente y legalmente autorizado mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina. |
| Médico coordinador | Médico contratado en el interior de la República Mexicana, por la Aseguradora que se encargará de apoyar y asesorar al área responsable de la FGR, en casos que se requieran verificar algún caso. |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

Se podrá establecer médico coordinador o persona encargada de la oficina de atención de la aseguradora, de conformidad con lo establecido en el apartado médicos coordinadores, oficina de atención o módulos.

Moneda Las pólizas serán emitidas en Moneda Nacional y para todos los efectos se utilizará la misma moneda.

Módulo y/o oficinas de atención Instalación externa de la Aseguradora donde atiende las reclamaciones de siniestros, asesorías y orientación a los asegurados.

Nivel de tabla de intervenciones quirúrgicas Es el monto máximo contratado especificado en el Contrato y/o en el Certificado individual para intervenciones quirúrgicas.

Oficinas Instalaciones de la Aseguradora en las distintas entidades federativas de la República Mexicana, a través de las cuales las reclamaciones de siniestros, asesorías y orientación a los asegurados serán atendidas.

Padecimiento: Cualquier alteración que sufra el asegurado en su salud a consecuencia de un accidente o enfermedad, amparado por la póliza.

Padecimiento preexistente: Padecimiento preexistente:

- Para el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario y pareja del mismo sexo, e hijo dependiente económico, se cubrirán siempre y cuando en un período de seis meses anteriores a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada, no haya estado bajo tratamiento, control o estudio médico.
- Para el asegurado ascendiente del asegurado titular, se cubrirán siempre y cuando su tratamiento médico o quirúrgico por una enfermedad, inicie después del primer 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 Gastos Médicos Mayores contratada con alguna Aseguradora. El periodo de espera se podrá eliminar con el reconocimiento de antigüedad. Dicho beneficio será considerado siempre que no existan períodos al descubierto.
- Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.
- 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, 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 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.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

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.

Pago de complementos y/o cola de siniestros

Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes iniciados en las vigencias anteriores en la(s) póliza(s) contratada(s) del Seguro de Gastos Médicos Mayores por la FGR con otras Aseguradoras, bajo las siguientes condiciones:

1. Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en las pólizas de las vigencias anteriores y exista suma asegurada remanente de acuerdo con la información proporcionada en la siniestralidad.
2. Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectúe el primer gasto bajo las condiciones de la presente póliza y hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.
3. Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en las Aseguradoras anteriores, ni en el cambio con la Aseguradora.
4. Las enfermedades o accidentes en caso de ser reconocidos no serán considerados como Padecimientos Preexistentes.
5. Los gastos serán acumulativos a partir del primer reclamo, siempre y cuando se respete la suma asegurada básica y/o potenciada.

Se informa que para el pago de complementos deberá entregarse carta remanente de siniestralidad de la Aseguradora y/o correo al área responsable de la FGR.

Pago directo

Sistema de pago mediante el cual la Aseguradora liquidará directamente al prestador de servicios, los gastos realizados por el asegurado, como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la Red Médica; que los servicios respectivos sean coordinados a través de la Aseguradora. (El pago directo aplica para Red Médica propia, Red de Hospitales y Médicos en convenio).

Pago mixto

Sistema de pago mediante el cual la Aseguradora liquidará al asegurado los gastos erogados como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la presente contratación del servicio, mediante los Sistemas de Pago Directo y Reembolso.

Periodo de espera

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura sin periodos al descubierto para cada asegurado, para que la aseguradora pueda cubrir las enfermedades establecidas con periodo de espera.

Periodo de gracia

Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir del inicio de vigencia de la presente contratación del servicio, o del recibo con que cuenta la FGR para pagar la prima o cada una de las fracciones pactadas en el anexo técnico.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | |
|---|---|
| Prelación | Las Condiciones y Cláusulas Especiales de la póliza, tendrán prelación sobre las Condiciones Generales, en todo aquello a que se opongan a la cobertura otorgada. |
| Prima | Costo que establecerá la Aseguradora por cubrir el riesgo descrito en la presente póliza. |
| Número de Póliza | Número con el que la Aseguradora identificará a los asegurados de la FGR. |
| NSA | Nivel de Suma Asegurada (básica y/o potenciada) |
| Reconocimiento de antigüedad | Período de tiempo durante el cual un Asegurado inscrito en el registro de la Colectividad Asegurada, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en cualquier compañía de seguros en pólizas de Gastos Médicos Mayores de la FGR y/o Pólizas Individuales. Para reconocer un período de antigüedad, los Asegurados deberán comprobar a la Aseguradora que durante ese período la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado protegido el Asegurado, fue pagada. La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los períodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos en las Condiciones Generales que al efecto se establezcan, en cuyo caso, el reconocimiento de antigüedad aplicará para padecimientos preexistentes. |
| 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. |
| Red de hospitales | La red de hospitales en territorio nacional que tengan convenio con la Aseguradora, que deberá cumplir conforme a la Ley General de Salud con las normas técnicas en materia de atención médica que prevé dicho ordenamiento, el cual considera específicamente las condiciones sanitarias y administrativas debidas. |
| Red de médicos | Conjunto de médicos especializados que tengan convenio con la Aseguradora que proporcionará el servicio en territorio nacional. |
| Reembolso | Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad, parto o cesárea cubierto por la presente contratación del servicio, liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicios por los gastos incurridos por el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo e hijo(s) hasta 25 años y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años o con quien la Aseguradora no tenga convenio de pago directo y que posteriormente, ésta reintegrará los que procedan en los términos de la presente contratación del servicio, al propio asegurado, descontando el deducible y coaseguro en caso que proceda. (ver tabla de deducibles y |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

coaseguros).

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por este 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.

Reinstalación automática:

Es el derecho en virtud del cual un Asegurado cuenta nuevamente con el total de la suma asegurada contratada para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra por cada padecimiento. La suma asegurada se reinstalará automáticamente para cada Asegurado para cubrir nuevos padecimientos.

Suma Asegurada Básica

Es la cantidad máxima de responsabilidad de pago que tiene la Aseguradora en virtud de la prestación otorgada por la FGR, con equivalencia de 74 a 185 UMA, dependiendo del nivel del Asegurado, cuya prima y la de su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo e hijo(s) hasta 25 años es cubierta por la FGR.

Suma Asegurada Potenciada (Potenciación)

Es la responsabilidad de pago que tiene la Aseguradora en virtud del incremento de suma asegurada elegida por el asegurado titular para sus dependientes y ascendientes, cuya prima será cubierta por él, a través de descuento quincenal en nómina, con recibo de primas individual. En el entendido de que, en aquellos casos en los cuales a los trabajadores no se les pueda aplicar el descuento a través de nómina por razones ajenas a la Institución, la aseguradora contratada para otorgar el servicio tendrá que entregar previa solicitud por escrito del trabajador y/o notificación por correo del área de seguros, la referencia de pago y banco, para que el trabajador pueda realizar sus aportaciones.

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

Relación de intervenciones quirúrgicas que indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado, para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas. Deben existir dos tablas de intervenciones quirúrgicas, una para Pago Directo y otra para Reembolso. Esta última tabla deberá ser más alta que la primera.

Tarjeta de identificación

Tarjeta de cada asegurado (Titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) y ascendientes (padre y/o madre), 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. El no contar con este documento, no implica que no esté dentro de la colectividad.

Titular

Es el servidor público sustantivo en activo.

UMA

La desvinculación o desindexación del salario mínimo como unidad de cálculo o referencia obliga a crear una unidad de cálculo o unidad de referencia, a este nuevo

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

concepto ha sido llamado Unidad de Medida y Actualización (UMA).

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

El valor mensual de la UMA se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces y su valor anual se calcula multiplicando su valor mensual por 12.

| Valor diario | x | Mensual | Anual |
|--------------|------|------------|-------------|
| \$86.88 | 30.4 | \$2,641.15 | \$31,693.80 |

Para efectos de cada código de puesto-nivel que tengan los servidores públicos las unidades de Medida serán los niveles de suma asegurada descritos en el presente anexo técnico.

Ejemplo:

| UMA Valor mensual | Nivel de suma asegurada básica (NSA) | Suma asegurada mensual* |
|----------------------|---|-------------------------------|
| \$2,641.15 | 222 | \$586,335.30 |

Para cada siniestro que se apertura, la suma asegurada máxima será el importe mensual que corresponda de acuerdo con el valor diario de UMA.

El valor de la UMA que corresponderá es el que emite INEGI y el SAT para el Ejercicio Fiscal correspondiente de la contratación (**de acuerdo a un comunicado de prensa del INEGI del 9 de enero de 2020, se ha fijado el valor de la UMA a partir del 1 de febrero 2020 en \$ 2,641.15 mensual**)

*<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/uma/default.aspx>

*http://www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas_indicadores/Paginas/valor_UMA.aspx

Lo indicado en el presente anexo es ejemplo, por lo cual se debe considerar el valor UMA que corresponda al Ejercicio(s) Fiscal.

Se indica podrá ser NSA o UMAM respetando lo siguiente:

EJEMPLO:

| UMA Valor mensual | Nivel de suma asegurada/Deducible (NSA) o UMAM | Suma asegurada mensual |
|----------------------|--|------------------------------|
| \$2,641.15 | 4 | \$10,564.60 |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| UMA Valor mensual | Nivel de suma asegurada básica/Deducible (NSA) O UMAM | Suma asegurada mensual* |
|----------------------|--|-------------------------------|
| \$2,641.15 | 40 | \$105,646.00 |

PRIMERA. - COLECTIVIDAD ASEGURADA

La colectividad asegurada está integrada por:

- a) Los servidores públicos que ocupen cualquiera de los puestos considerados en el cuadro abajo descrito, siempre y cuando estén activos dentro de la FGR. En caso de que la FGR por necesidades del servicio llevará a cabo una reestructura organizacional y se crearan, transformaran, eliminaran o modificaran los puestos descritos en la siguiente tabla, los niveles de suma asegurada básica serán homologados conforme al referido cuadro, tomando en consideración el sueldo bruto mensual del tabulador de sueldos vigente a fin de determinar su equivalencia en UMA.

Acuerdo: A/CPA/001/2020
ACUERDO mediante el cual se publica la estructura ocupacional de la Fiscalía General de la República y se expide el Manual que regula las remuneraciones de los Servidores Públicos de la Fiscalía General de la República para el ejercicio fiscal 2020.

ANEXO 4
SEGURO DE PERSONAS

| CÓDIGO | NIVEL | DENOMINACIÓN | Seguro de gastos médicos mayores | SUMA ASEGURADA BASICA | TIPO FGR |
|---------|-------|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| FG01001 | AZ1 | Fiscal General | 74 UMA's | 74 | FISCALES |
| FG01002 | AZ2 | Fiscal Especializado | 74 UMA's | 74 | FISCALES |
| FG01003 | AZ3 | Fiscal Especial | 74 UMA's | 74 | FISCALES |
| FG01004 | AY1 | Fiscal Jefe | 74 UMA's | 74 | FISCALES |
| FG01005 | AY2 | Fiscal Coordinador | 74 UMA's | 74 | FISCALES |
| FG01006 | AY3 | Fiscal Supervisor | 74 UMA's | 74 | FISCALES |
| FG01007 | AX1 | Fiscal Titular | 111 UMA's | 111 | FISCALES |
| FG01008 | AX2 | Fiscal Revisor | 148 UMA's | 148 | FISCALES |
| FG01009 | AX3 | Fiscal Asistente | 185 UMA's | 185 | FISCALES |
| FG02001 | BZ1 | Comisario Jefe | 74 UMA's | 74 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG02002 | BZ2 | Comisario | 74 UMA's | 74 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | | | | | |
|---------|-----|---|-----------|-----|--------------------------|
| FG02003 | BY1 | Inspector General | 74 UMA's | 74 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG02004 | BY2 | Inspector Jefe | 74 UMA's | 74 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG02005 | BY3 | Inspector | 74 UMA's | 74 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG02006 | BX1 | Subinspector | 111 UMA's | 111 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG02007 | BX2 | Oficial | 148 UMA's | 148 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG02008 | BX3 | Suboficial | 185 UMA's | 185 | POLICÍA DE INVESTIGACIÓN |
| FG03001 | CZ1 | Coordinador Especializado de Analistas de Información | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03002 | CY1 | Coordinador de Analistas | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03003 | CX1 | Supervisor de Analistas | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03004 | CW1 | Analista Especializado | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03005 | CW2 | Analista Profesional "A" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03006 | CW3 | Analista Profesional "B" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03004 | CV1 | Analista de Información | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03005 | CV2 | Analista Técnico "A" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03006 | CV3 | Analista Técnico "B" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03007 | CU1 | Analista "A" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03008 | CU2 | Analista "B" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG03009 | CU3 | Analista "C" | 74 UMA's | 74 | ANALISTAS |
| FG04001 | DZ1 | Facilitador | 148 UMA's | 148 | AUXILIARES |
| FG04002 | DY1 | Invitador | 148 UMA's | 148 | AUXILIARES |
| FG04003 | DX1 | Auxiliar Ministerial | 74 UMA's | 74 | AUXILIARES |
| FG05001 | EZ1 | Perito Profesional Jefe Regional | 148 UMA's | 148 | PERITOS |
| FG05002 | EZ2 | Perito Profesional Jefe Delegacional | 148 UMA's | 148 | PERITOS |
| FG05003 | EY1 | Perito Profesional Coordinador | 148 UMA's | 148 | PERITOS |
| FG05004 | Ex1 | Perito Profesional Supervisor | 148 UMA's | 148 | PERITOS |
| FG05005 | Ew1 | Perito Profesional Ejecutivo "A" | 148 UMA's | 148 | PERITOS |
| FG05006 | Ew2 | Perito Ejecutivo Profesional "B" | 148 UMA's | 148 | PERITOS |
| FG05007 | Ev1 | Perito Técnico Coordinador | 111 UMA's | 111 | PERITOS |
| FG05008 | Eu1 | Perito Técnico Supervisor | 111 UMA's | 111 | PERITOS |
| FG05009 | ET1 | Perito Técnico Ejecutivo "A" | 111 UMA's | 111 | PERITOS |
| FG05010 | ET2 | Perito Técnico Ejecutivo "B" | 111 UMA's | 111 | PERITOS |
| FG06001 | FZ1 | Coordinador | 74 UMA's | 74 | PERSONAL PROFESIONAL |
| FG06002 | FY1 | Subcoordinador de Unidad Especializada | 74 UMA's | 74 | PERSONAL PROFESIONAL |
| FG06003 | FY2 | | 74 UMA's | 74 | PERSONAL PROFESIONAL |
| FG06004 | FY3 | | 74 UMA's | 74 | PERSONAL PROFESIONAL |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | | | | | |
|---------|-----|--|-----------|-----|--------------------------|
| FG07001 | GZ1 | Comandante Aéreo Ala Fija | 148 UMA'v | 148 | PILOTOS |
| FG07002 | GZ2 | Comandante Aéreo Ala Rotativa | 148 UMA'v | 148 | PILOTOS |
| FG07003 | GY1 | Subcomandante Aéreo Ala Fija | 148 UMA'v | 148 | PILOTOS |
| FG07004 | GY2 | Subcomandante Aéreo Ala Rotativa | 148 UMA'v | 148 | PILOTOS |
| FG07005 | GX1 | Capitán Aéreo | 148 UMA'v | 148 | PILOTOS |
| FG08001 | HZ1 | Coordinador de Mantenimiento Aéreo | 185 UMA'v | 185 | APOYO AÉREO |
| FG08002 | HZ2 | Supervisor de Normas y Procedimientos Aéreos | 185 UMA'v | 185 | APOYO AÉREO |
| FG08003 | HY1 | Técnico de Control y Mantenimiento Aéreo | 111 UMA'v | 111 | APOYO AÉREO |
| FG08004 | HY2 | Técnico en Apoyo Terrestre | 74 UMA'v | 74 | APOYO AÉREO |
| FG08005 | HX1 | Operador Auxiliar | 74 UMA'v | 74 | APOYO AÉREO |
| FG09001 | IZ1 | Jefe de Protección a Personas | 185 UMA'v | 185 | PROTECCIÓN A PERSONAS |
| FG09002 | IY1 | Subjefe de Protección a Personas | 148 UMA'v | 148 | PROTECCIÓN A PERSONAS |
| FG09003 | IX1 | Auxiliar de Protección a Personas A | 148 UMA'v | 148 | PROTECCIÓN A PERSONAS |
| FG09004 | IX2 | Auxiliar de Protección a Personas B | 148 UMA'v | 148 | PROTECCIÓN A PERSONAS |
| FG09005 | IX3 | Auxiliar de Protección a Personas C | 148 UMA'v | 148 | PROTECCIÓN A PERSONAS |
| FG10001 | JZ1 | Jefe Regional | 185 UMA'v | 185 | APOYO A LA INVESTIGACIÓN |
| FG10002 | JY1 | Subdelegado de Apoyo | 185 UMA'v | 185 | APOYO A LA INVESTIGACIÓN |

Notas:

1. La FGR, podrá modificar en todo tiempo la Denominación, Código, Puesto o Suma Asegurada conforme al Manual de percepciones y/o remuneraciones de los servidores públicos de la FGR, o cualquiera a su estructura, perfiles u organigramas.
 2. En el supuesto del numeral anterior, la suma asegurada básica que corresponda a la nueva Denominación, Código o Puesto será homologada conforme al referido cuadro, tomando en consideración el sueldo bruto mensual del tabulador de sueldos vigente en ese momento.
 3. La FGR podrá incorporar en todo tiempo a cualquier servidor público que cuente con autorización de portación de arma de fuego o que requiera contar con este seguro por el tipo de funciones que desempeña. La cobertura será la que resulte de homologar su sueldo bruto al del puesto que resulte ser el más aproximado de los referidos en el cuadro anterior.
 4. La FGR podrá incorporar en todo tiempo a cualquier servidor público que deba incluirse con motivo de un mandamiento emitido por autoridad competente.
- b) Los Asegurados No Titulares serán cubiertos con los beneficios correspondientes que se otorgan en este contrato que en su momento se suscriba.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

SEGUNDA.- CARENCIA DE RESTRICCIONES

Esta póliza no estará sujeta a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o estilo de vida de los asegurados.

TERCERA.- COBERTURA BÁSICA, POTENCIADA Y ASCENDIENTES.

- a) La cobertura es básica en virtud de la **suma asegurada** que como prestación otorga la FGR dependiendo de su nivel tabular, que incluye al Asegurado titular, a su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo e hijo(s) hasta 25 años. Dicha suma asegurada básica es a partir de los 74 UMA hasta los 185 UMA.
- b) La cobertura es potenciada a elección del Asegurado cuando decide incrementar su suma asegurada básica (dependiendo de su nivel tabular) hasta 94, 111, 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000, 3000, 5000 y 7000 UMA.

El asegurado titular deberá pagar, con cargo a su sueldo, la prima correspondiente a la suma asegurada potenciada a través de descuentos quincenales que le aplique la FGR vía nómina y será la misma para todos sus asegurados.

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 la FGR, posteriormente, se actualizará de acuerdo a los movimientos de alta, baja y cancelación de la prima, realizándose 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.

- c) La cobertura para los ascendientes (padre y/o madre del asegurado titular hasta 85 años) del Asegurado será con cargo al sueldo de trabajador a través de descuentos quincenales que le apliquen la FGR.

La suma asegurada del servidor público titular será igual para: cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo, hijos y en su caso ascendientes y estará sujeta al momento en que ocurrió el siniestro o al momento en que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto y se determinará multiplicando el número de suma asegurada por el UMA dependiendo del nivel del trabajador.

CUARTA.- SUMA ASEGURADA BÁSICA, POTENCIADA E INCLUSIÓN DE ASCENDIENTES.

La suma asegurada se determinará multiplicando el valor de la UMA por el número de veces correspondiente a cada nivel tabular al momento en que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada disminuirá en el mismo monto, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

La suma asegurada potenciada sólo aplicará para padecimientos originados posteriormente a su contratación y será a elección del asegurado titular, partiendo del nivel que le corresponda de suma asegurada básica y en su caso hasta 7000 veces la UMA.

La aseguradora respetará la potenciación a partir de la fecha de alta retroactiva y exclusivamente en los periodos de campaña. En caso de requerir un nivel de potenciación diferente, la FGR solicitará a la Aseguradora, que proporcione las tarifas correspondientes.

El Asegurado titular deberá pagar, con cargo a su sueldo, la prima correspondiente a la suma asegurada potenciada e inclusión de ascendientes (padre y/o madre) a través de descuentos quincenales que le aplique la FGR vía nómina y el monto de la suma básica y en su caso potenciada, será la misma que la del titular de la póliza, este descuento se verá reflejado bajo el concepto 75S del talón de nómina:

- a) El contrato contará con tres periodos de incremento de suma asegurada y/o de inclusión de ascendientes:
1. Del 01 al 31 de marzo de 2020.
 2. Del 01 al 31 de julio de 2020
 3. Del 01 al 15 de octubre de 2020, o en su caso, al momento de su incorporación a la colectividad (nuevos ingresos).

La Aseguradora debe de respetar el incremento de suma asegurada para los hijos recién nacidos de los titulares que ya tengan la potenciación independientemente de los periodos antes descritos.

Durante estos periodos, la FGR deberá hacer del conocimiento de los servidores públicos 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 la fecha en que el servidor público 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 proceso anticipado de las nóminas ya no sea posible.

Cuando se aplique la retroactividad para el pago de la potenciación, en cualquiera de los periodos antes señalados, se aplicará en un solo descuento y deberá hacerse del conocimiento de los servidores públicos en las propias campañas de potenciación.

La Aseguradora no deberá aplicar requisitos de asegurabilidad.

El pago de las primas por inclusión de ascendientes y/o incremento de suma (Potenciación), tendrá un cargo para el trabajador o la trabajadora de manera quincenal mediante descuento vía nómina, aplicándose retroactivamente a la fecha en que se formaliza la solicitud, dicha retroactividad se aplicará como es de su conocimiento de acuerdo a la programación con el Área de Nómina, el cierre de quincenas es adelantado y a efecto de conciliación con la Aseguradora, se aplica la totalidad del importe a descontar de forma prorrateada, antes de que termine el contrato, considerando para esta vigencia 16 descuentos a partir de la quincena 5/2020, los nuevos casos con tope máximo hasta la quincena 20/2020..

Aquellos casos que cuentan con inclusión de ascendientes y/o incremento de suma (Potenciación), en automático se aplicará dicha deducción (no es necesario requisitar formato).

El cotizador solo es un dato informativo.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

Las tarifas de conformidad a cada nueva vigencia tienen variación.

El descuento se verá reflejado en el talón o comprobante de pago como concepto 75s (inclusión de ascendientes y/o incremento de suma (Potenciación)).

En caso de no desear más la inclusión de ascendientes y/o incremento de suma (Potenciación), deberá informar inmediatamente a fin de cancelar la programación de los descuentos

Los descuentos son a prorrata de acuerdo con el calendario de nómina, para que en los meses de noviembre y diciembre se concilie con la Aseguradora la entrega de recibos fiscales para la declaración de impuestos.

Referente al incremento de suma asegurada básica (potenciación) y/o inclusión de ascendientes se informa que en aquellos casos en los cuales a los trabajadores no se les pueda aplicar el descuento a través de nómina por razones ajenas a la Institución, la aseguradora contratada para otorgar el servicio tendrá que entregar, previa solicitud por escrito del trabajador y/o área de Seguros, la referencia de pago y banco, para que el trabajador pueda realizar sus aportaciones.

Para el caso de los asegurados titulares, cuando causen baja de la FGR y se actualice el supuesto de que sean dependientes (Cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo); de otro asegurado titular en la presente contratación del servicio, la incorporación no estará sujeta a los períodos de potenciación e incorporación de beneficiarios.

- ✓ *Las sumas aseguradas básicas se podrán incrementar y/o disminuir en el transcurso de la vigencia de las 00:00 horas del 01 de marzo a las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2020, en cuyo caso operarán de la siguiente manera:*

En el momento que la FGR solicite a la compañía de seguros adjudicada el incremento o disminución de la suma asegurada básica, ésta aplicará para nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha de contratación, para todos aquellos padecimientos abiertos antes de la fecha de solicitud de contratación de incremento o disminución de suma asegurada básica por parte de la FGR, la suma asegurada básica será el remanente que tengan y hasta el monto contratado para cada nivel.

En caso de ocurrir dicho incremento o disminución de suma asegurada básica el costo del mismo será cubierto por parte de la FGR, según corresponda. Esto se refiere a que por instrucciones superiores en el supuesto de que FGR solicite aumentar o disminuir las sumas aseguradas básicas de la colectividad, la FGR solicitará a la compañía de seguros adjudicada el incremento o disminución de la suma asegurada básica a través de oficio.

Cancelación de la suma asegurada potenciada:

En caso de que el Asegurado decida cancelar la suma asegurada potenciada y/o inclusión de ascendientes, deberá informar inmediatamente a fin de cancelar la programación de los descuentos, en el entendido de que no es posible que proceda reintegro en ningún caso.

La cancelación o disminución de suma asegurada potenciada o ascendientes, solamente será posible en el caso de que no existan siniestros abiertos.

QUINTA. -GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

Son aquéllos en los que incurre el Asegurado dentro de la República Mexicana y en el Extranjero (solo para titulares que cuenten con soporte correspondiente caso de accidente), por servicios materiales y/o tratamientos médicos o quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier accidente, enfermedad, parto o cesárea, y que son realizados por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico definitivo, sujetos a los límites establecidos en la póliza y en todo lo concerniente a las Condiciones Generales, endosos y cláusulas que se agreguen a la misma con motivo y en los términos y alcances de este anexo.

Los Gastos Médicos cubiertos por la presente contratación del servicio son los siguientes:

- a) Gastos de hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos;
- b) Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el asegurado se encuentre internado en el hospital;
- c) Medicamentos adquiridos para el asegurado dentro o fuera del hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes (sean de red o no) y se anexe la factura de la farmacia con copia de la receta. Dicha factura deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables;
- d) Honorarios médicos por las consultas médicas para diagnóstico y tratamiento de los padecimientos cubiertos.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, que quedarán sujetos a los porcentajes anotados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TIQ).

El total para estos conceptos será lo máximo a pagar por la Aseguradora bajo el concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica:

- Los honorarios por consultas o visitas médicas están sujetos a lo estipulado en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.)
 - Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica.
 - 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.
 - Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano;
- f) Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de tres turnos (los honorarios de enfermeras serán con un máximo de tres turnos durante 45 días **naturales**).
 - g) Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones;
 - h) Equipo de anestesia;
 - i) Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes;

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

- j) Gastos originados por la estancia del asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios;
- k) 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;
- l) Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis (no aplican reposiciones), 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; el límite es la suma asegurada contratada.
- m) Gastos de transporte de ambulancias, 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.
 - Traslado en ambulancia aérea, se proporcionará de aeropuerto a aeropuerto, cuando el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la presente contratación del servicio y que por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar en que ocurrió ésta.
 - Gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, que se presenten por enfermedad o accidente. En el caso del Asegurado Titular procederá el pago directo con un coaseguro del 20% y para los Asegurados No Titulares aplicará el sistema de reembolso con un coaseguro del 20%.
- n) Para aquellos casos en donde ingresen por URGENCIA y se efectúen diversos estudios y no se cuente con la respuesta concreta del Diagnóstico definitivo, la Aseguradora invariablemente deberá considerar todos estos estudios para su pago tomando su suma con la que el asegurado apertura su siniestro.
- o) Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto;
- p) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubierto en la presente contratación del servicio;
- q) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, 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;
- r) Tratamientos maxilofaciales exclusivamente para los Asegurados Titulares, siempre y cuando el accidente haya ocurrido en el ejercicio de sus funciones;
- s) Padecimientos preexistentes: Amparados, conforme a lo que se menciona en las Definiciones de esta póliza. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.
-

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

- t) Los gastos en que incurra el Asegurado, únicamente dentro de la República Mexicana, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica profesional, amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo más no limitativo:
- Tauromaquia, Automovilismo, Motociclismo terrestre o acuático, Ciclismo, Esquí en cualquiera de sus formas, Surfing, Regatas (veleros, yates, etc.), Buceo, Equitación, Charrería, Polo, Hockey, Alpinismo, Montañismo, Espeleología, Rapel, Deportes aéreos y similares, Velideltismo, Boxeo, Lucha libre o Grecorromana, Karate, Artes Marciales, etc.
 - El uso de motocicletas y vehículos de motor similares también serán cubiertos siempre y cuando el asegurado lo utilice como medio de transporte y/o trabajo.
- u) Circuncisión (La cobertura será a partir de la vigencia y los titulares no tendrán ninguna restricción ni periodos de espera y quedarán excluidos los que sean de carácter profiláctico). (PARA LOS DEPENDIENTES EL PERIODO DE ESPERA SERA DE ACUERDO CON LO SEÑALADO EN EL PRESENTE ANEXO).
- v) Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, crurales, umbilicales, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias. **“son enunciativas más no limitativas”**.
- w) Parto, cesárea o aborto involuntario

Para este numeral, sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del asegurado o asegurada titular y no aplica para la potenciación.

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

Es importante señalar que la asegurada titular no tiene periodos de espera para su atención.

23.1 Parto :

- a) Se cubren los gastos originados por la atención de un parto normal y/o cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 35 UMA. 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 los servicios que no estén en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de la Aseguradora (previo acuerdo).

- b) Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del **parto “son enunciativas más no limitativas”**; tales como erosión cervical, inserción ve lamentosa 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.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

23.2 Cesárea

- a) 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 35 UMA, 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.
- b) 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 estén en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de la Aseguradora (previo acuerdo).
- c) Como operación 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.
- d) Dicha operación se cubrirá únicamente para la asegurada titular o la cónyuge o concubina, pareja del mismo sexo del asegurado titular, por lo que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado Titular.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana y para este numeral no aplica para la potenciación.

23.3 Aborto involuntario:

- a) 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.
 - b) Se cubrirán 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 35 UMA. Cabe señalar que, para el pago de este siniestro, el asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso el coaseguro.
 - c) En caso de que el asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre los servicios que no estén en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de la Aseguradora (previo acuerdo).
 - d) Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del asegurado o asegurada titular.
- x) Complicaciones del embarazo como padecimientos independientes al parto o cesárea.

“Son enunciativas más no limitativas”

Se cubrirán los tratamientos médicos y/o quirúrgicos al asegurado con excepción a las hijas y a la madre del Asegurado Titular, por las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea y

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

puerperio sin período de espera:

- Embarazo extrauterino;
- Toxicosis gravídica, preclamsia y eclampsia;
- Mola hidatiforme (Embarazo molar);
- Fiebre puerperal,
- Óbito
- La que provenga de un accidente.
- Enfermedades hipertensivas
- Placenta acreta
- Placenta previa
- Diabetes gestacional
- Púrpura trombocitopénica
- Huevo muerto
- Cerclaje
- Síndrome de Hellp

Se cubren los gastos originados por las complicaciones del embarazo, entendiéndose como tales, los honorarios médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 35 UMA. Esta suma asegurada es independiente a la cobertura de parto o cesárea.

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

Es importante señalar la Titular no tiene periodos de espera para su atención y el padecimiento para este numeral no aplica para la potenciación.

- y) A partir de 48 meses de vigencia continua en la cobertura de Gastos Médicos Mayores para cada asegurado se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con este síndrome, siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado antes o durante los 4 años anteriores. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.
- z) Miopía*, Hipermetropía, Presbiopía, Astigmatismo, Cirugía correctiva de Cornea, Epiqueratofaquia, queratotomía radiada, Queratomileusis y Similares. Se considera, siempre y cuando sea por accidente o sea superior a las 5 dioptrías. Por padecimiento y por cada ojo, con un máximo de \$16,000.00 por evento, sin aplicar deducible y coaseguro; en el entendido de que cada ojo es un evento. Aplica exclusivamente para Asegurados Titulares. (En el entendido que todo el personal titular en activo no tiene periodo de espera).
Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos aplica exclusivamente para Asegurados Titulares siempre y cuando se encuentren en el ejercicio de sus funciones.
- aa) Enfermedades ó Accidentes que sufra el Asegurado Titular bajo el Influjo de Drogas y/o Bebidas Alcohólicas (siempre y cuando sea por accidente o inducido al realizar tareas en cumplimiento del deber).

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

bb) Cobertura de Emergencia en caso de siniestro en el extranjero. Aplicará exclusivamente para Asegurados Titulares que cuenten con el soporte correspondiente, por el riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente que pueda ser considerado como emergencia médica fuera del territorio nacional.

Para garantizar la atención médica se solicita cobertura nacional, emergencia en el extranjero, personal habilitado, módulos de atención en su caso y que la Aseguradora cuente con un centro de atención telefónica, así como listados de cobertura, disponibles vía internet o medio magnético.

La Cobertura de Emergencia en el Extranjero considera suma asegurada de 50,000 dólares, con deducible y coaseguro de acuerdo con lo indicado en la tabla de Deducibles y Coaseguros.

Se considera urgencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la emergencia médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio.

La Aseguradora pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana estipulado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente en la fecha de erogación de los mismos.

Los gastos cubiertos para Cobertura de Emergencia en el Extranjero:

- Cuarto semi-privado y alimentos del paciente.
- Médicos y/o cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Anestesiista. Honorarios profesionales.
- Suministro en el hospital. Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- Servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.
- Servicio de ambulancia terrestre. En la localidad hacia o desde el hospital, siempre y cuando médicamente sea necesario.
- Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico.

Esta cobertura no ampara:

- Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en los gastos no cubiertos de estas CONDICIONES de la FGR.
- Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el médico tratante y la compañía.
- No quedarán cubiertos los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o el viaje.
- No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.
- No quedarán cubiertos los tratamientos de rehabilitación.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

SEXTA.- ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

Periodo de espera

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura sin periodos al descubierto para cada asegurado, para que la Aseguradora pueda cubrir las enfermedades establecidas con periodos de espera.

Este periodo no aplica para el titular de la póliza.

Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos:

1. Del hijo nacido dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio y del correspondiente certificado individual de la asegurada, siempre y cuando se cumpla con la siguiente característica:
 - a) Se haya notificado a la Aseguradora sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento. Los gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo asegurado, siempre y cuando exista el pago de la prima correspondiente.
 - b) Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido, quedan excluidos.
2. Del asegurado con más de 5 años de edad (**deberá cubrir a partir de 5 años 1 día**), cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se presenten durante la vigencia de la presente contratación del servicio o del certificado individual, siempre y cuando se cumpla con las dos siguientes características:
 - a) 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.
 - b) Sólo se cubrirán dentro de la República Mexicana.

3. **Parto, cesárea**, complicaciones del embarazo y/o aborto involuntario, bajo los términos siguientes:

Para que la Aseguradora esté en condición de cubrir el evento de parto o cesárea y/o complicaciones del embarazo y/o aborto involuntario, **para la cónyuge (esposa, concubina o pareja del mismo sexo)**, es indispensable cumplir con las condicionales siguientes:

- Haber dado de alta a la cónyuge o concubina dentro de los 45 días naturales siguientes a su matrimonio u hoja de concubinato o bien si el titular solicita el ingreso de su cónyuge a la colectividad asegurada en la presente contratación del servicio dentro de los 45 días naturales siguiente a su incorporación a la Institución, en el supuesto de que no se cumpla con esta condicional, deberá tener **como mínimo un periodo de 6 meses de antigüedad en la presente póliza**.
- Para dar de alta a la cónyuge, el Titular de la póliza, deberá entregar a su área de Recursos Humanos, el documento comprobatorio donde se acredite el parentesco (acta de matrimonio, hoja de concubinato) en el cual se debe apreciar claramente que se cumplió con los 45 días naturales, sin excepción.

Es importante señalar que la Titular no tiene periodos de espera para su atención.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

Para cualquier duda, puedes llamar al área responsable de la FGR en las extensiones 501422, 505334 y 505388.

SÉPTIMA.- CONDICIONES ESPECIALES

APOYO PSIQUIÁTRICO

La Aseguradora otorgará el servicio de Apoyo Psiquiátrico a los Asegurados Titulares de la póliza, cubriendo los siguientes padecimientos:

- Trastornos del estado de ánimo, incluyendo episodios depresivo mayor y distimia.
- Trastornos de ansiedad incluyendo fobias, pánico, síndrome de estrés postraumático, obsesiones y compulsiones.
- Trastornos somatoformes.
- Trastornos de sueño.
- Trastornos adictivos.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de estrés agudo.
- Disfunciones Sexuales.

La Aseguradora deberá amparar los honorarios del médico psicólogo o médico psiquiatra certificado por un máximo de 12 sesiones por evento, así como incluir también todos los medicamentos que sean necesarios, estudios de laboratorio y gabinete siempre y cuando sean prescritos por el médico psicólogo o médico psiquiatra certificado. En caso de ser necesarias mayores sesiones, esto será previa autorización del médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra o especialista de los padecimientos antes mencionados, asignados por la Aseguradora.

Para cada caso que requiera atención del Servicio de Apoyo Psiquiátrico, será indispensable que el asegurado titular realice una solicitud por escrito a la Aseguradora, quien dará seguimiento al caso.

Una vez notificada la Aseguradora, iniciará los trámites correspondientes de cada solicitud y deberá responder en un periodo de 2 días hábiles, dependiendo de la localidad de la programación del servicio de consulta, considerando para el área metropolitana, la localidad más cercana al lugar de la solicitud y garantizando atención en cada uno de los Estados de la República Mexicana; por lo que comunicará al asegurado, el médico tratante, lugar, hora y fecha de atención.

En caso de proceder el tratamiento, la Aseguradora, expedirá una "Carta Pase", la cual deberá entregar al asegurado en un periodo máximo de 2 días hábiles y este documento tendrá una validez de 30 días naturales a partir de su fecha de expedición.

En caso de que el asegurado solicite reexpedición de la "Carta Pase" la Aseguradora entregará a esta en un periodo máximo de 2 días hábiles.

La Aseguradora deberá prestar el Servicio de Apoyo Psiquiátrico para los Asegurados Titulares de la FGR en los 32 Estados de la República Mexicana, garantizando el servicio en la localidad más cercana al lugar de la solicitud.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

- A. La Aseguradora se obligará a proporcionar un informe mensual, comunicando la operación del Servicio de Apoyo Psiquiátrico a los Asegurados Titulares de la FGR; el cual deberá entregarse y verificarse al área responsable de la FGR.

Quedan excluidos los padecimientos psiquiátricos o psicológicos no anotados en el presente apartado.

Esta cobertura se podrá ofrecer a los familiares directos del Titular, donde el siniestro del Titular afectado haya sido en cumplimiento del deber derivado de las funciones que realiza.

La regulación, control y operación para la autorización de estos casos de urgencias médicas serán bajo los términos y condiciones establecidos por el área responsable de la FGR, de acuerdo al documento interno que se tiene autorizado denominado "Procedimiento que se tiene establecido para la autorización de apoyo económico de casos especiales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo cuando la suma asegurada básica sea agotada" (quedando excluidas las enfermedades o padecimientos).

La Aseguradora cubrirá los gastos que excedan la suma asegurada básica y posteriormente, serán requeridos a la FGR en los ajustes correspondientes. El pago de estos casos se hará trimestralmente, por las reclamaciones presentadas en el trimestre.

CASOS ESPECIALES:

Derivado de las funciones de alto riesgo que el personal de la colectividad de esta póliza realiza continuamente, exclusivamente se le brindará el apoyo económico adicional a los Asegurados Titulares que hayan agotado la suma básica contratada para su atención médica, en los casos que sean lesionados en cumplimiento de su deber (vinculados a la naturaleza de sus actividades), quedando excluidas las enfermedades o padecimientos.

Para este tipo de apoyo, cuando ocurran estos siniestros y exclusivamente en aquellos casos en que el Asegurado Titular agote la suma asegurada básica o requiera el servicio de apoyo psiquiátrico, se solicitará la autorización por escrito al área responsable de la FGR, previa solicitud del Titular del área de la adscripción del servidor público afectado que se encuentre en servicio activo.

OCTAVA. -EXCLUSIONES

El seguro de gastos médicos mayores para el personal sustantivo no cubrirá 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 este contrato:

- a. Gastos hospitalarios personales del asegurado;
- b. Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante el traslado y/o internamientos de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra dentro o fuera del país;
- c. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal;
- d. Procedimientos o tratamientos de carácter estético o plástico, de calvicie, alopecia, acné o cirugía para cambio de sexo;
- e. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus;

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

- f. Dietéticos y de obesidad;
- g. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos;
- h. Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables, a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en la Condición Sexta de Gastos Médicos Cubiertos, en la presente contratación del servicio;
- i. Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la Asegurada directamente;
- j. Fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones;
- k. Miopía, Presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares; ésta exclusión aplica únicamente para los Asegurados No Titulares.
- l. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral; aplica solo a Asegurados No Titulares.
- m. Gastos derivados de los estudios que requieren los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos.
- n. Control, vigilancia y atención prenatal;
- o. Gastos propios del recién nacido, así como sus tratamientos pediátricos;
- p. Malformaciones y padecimientos congénitos del asegurado no protegido por la Aseguradora desde su nacimiento ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad;
- q. Estrabismo del Asegurado No Titular, que no se encuentre protegido por la Aseguradora a partir de su nacimiento;
- r. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente contratación del servicio, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición; excepto cuando el asegurado cuente con suma asegurada remanente.
- s. Tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, independientemente de sus orígenes y consecuencias;
- t. Trastornos de la conducta, así como enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias no considerado en las presentes bases;
- u. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos;
- v. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza, experimental o de investigación;
- w. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad;
- x. Intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental, esta exclusión solo aplica para Asegurados No Titulares y aplicará a los Asegurados Titulares solamente si al ocurrir el suceso no se encuentre en cumplimiento de sus funciones;

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

- y. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el asegurado;
- z. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión, alborotos populares, huelga, terrorismo, excepto las lesiones producidas por asalto.
- aa. Práctica profesional de cualquier deporte en el extranjero;
- bb. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge) concubina, concubinario o pareja del mismo sexo del asegurado o el mismo asegurado, y
- cc. 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 la presente contratación del servicio, no serán consideradas como preventivas y en consecuencia tampoco serán excluidas.

NOVENA. -RESIDENCIA

Para efecto de la presente contratación del servicio, sólo podrán quedar protegidos por este seguro los servidores públicos y sus dependientes que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

Los Titulares que salgan en comisión oficial (se consideran hasta 20 casos durante la vigencia de la póliza), fuera del país por periodos entre 1 y 6 meses, que requieran la atención médica en el extranjero por accidente y/o enfermedad, contarán con cobertura Internacional. Los gastos que origine su atención serán pagados por el servidor público y reembolsados por la Aseguradora al Titular afectado en un periodo menor de 15 días hábiles.

En caso de excederse el número de servidores públicos (se consideran hasta 20 casos durante la vigencia de la póliza), la FGR notificará a la Aseguradora para el cobro de la prima respectiva, la cual se calculará a prorrata con base en la tarifa que la aseguradora proporcione.

En caso de ser menor el número de participantes la Aseguradora devolverá la prima no devengada a la FGR, en la conciliación Trimestral o final del Contrato que en su momento se suscriba.

Para los efectos de los párrafos anteriores, se entiende por residencia lo establecido en el artículo 29, último párrafo, 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.

DÉCIMA. -ALTAS DE ASEGURADOS

Causarán alta en la presente contratación del servicio:

Los servidores públicos titulares, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años integrantes de la colectividad, enviados a la aseguradora al inicio de vigencia y posteriormente en las diversas remesas consecutivas, a través del layout establecido.

Será responsabilidad de los servidores públicos titulares solicitar el alta de su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

asegurado titular hasta 85 años, anexando la documentación en copia simple legible con la que se acredite la afiliación del titular con el asegurado.

La fecha de alta a la colectividad de los nuevos ingresos será;

- a) Titulares: La fecha de ingreso al puesto sustantivo dentro de la FGR.
- b) Cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre); será la fecha de recepción del Formato de Consentimiento Individual debidamente requisitado por el servidor público.

El o la cónyuge, concubinario/a o la pareja del mismo sexo, reconocida por la legislación aplicable, dados de alta en seguro por el titular. Los cónyuges, concubina o concubinario de los asegurados que tengan su domicilio en las Entidades Federativas (o Ciudad de México) 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 cónyuge, 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 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.

Ejemplo:

Ciudad de México: El documento que acredite el registro de la Sociedad de Convivencia, ante la Dirección General Jurídica y de Gobierno del Órgano Político-Administrativo.

La acreditación de la calidad de concubinario/a 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.

Ejemplos: Ciudad de México:

Constancia expedida por Juez Cívico,
Declaración de hechos expedida por un Notario Público,
Acta de Nacimiento de los hijos en común.

En su caso, los ascendientes en primer grado (padre y/o madre) hasta 85 años de los servidores Públicos, en el entendido que en caso de que éstos cumplan 86 años durante la vigencia del contrato continuarán asegurados hasta el vencimiento de la vigencia del mismo y en su caso en la ampliación del contrato. La prima para estos casos es con cargo a la nómina del trabajador.

La aseguradora acepta respetar la fecha en que se dio la promoción aplicando la retroactividad que corresponda a la fecha del movimiento y no al de su aplicación.

DÉCIMA PRIMERA. -BAJAS DE ASEGURADOS

Causarán baja de la presente contratación del servicio, aquellos servidores públicos que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

años, para lo cual la FGR comunicará a la aseguradora por diversos números de remesas consecutivas en la vigencia del servicio, a través del layout establecido.

La FGR podrá solicitar bajas retroactivas hasta con 75 días naturales posteriores a la fecha del movimiento. En caso de detectarse siniestros de servidores públicos que hubieren sido dados de baja de la colectividad en ese período, la Aseguradora tendrá la facultad de aplicar esa baja en la fecha en que la FGR hizo la solicitud oficial del movimiento. En caso de que el siniestro esté pendiente de pago, la aseguradora pagará de conformidad al apartado descrito en el Período de Beneficio.

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

Cuando un servidor público 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; 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.

DÉCIMA SEGUNDA. -OBLIGACIONES DE LA FGR RESPECTO DE MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

- a. Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, en el momento de la suscripción de la presente contratación del servicio, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de inicio de esta cobertura reúnan dichos requisitos.
 - b. Dar aviso a la Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto a partir de la fecha del movimiento administrativo (ejemplo: promociones). La aseguradora acepta respetar la fecha en que se dio la promoción aplicando la retroactividad que corresponda al trabajador.
 - c. Comunicar a la Aseguradora a través del layout establecido, las separaciones definitivas e ingresos de los miembros de la colectividad asegurada, en el entendido que se podrán solicitar fechas retroactivas tanto en altas como en bajas en los períodos establecidos (75 días naturales).
- ✓ Las solicitudes se hacen diariamente y la aseguradora podrá confirmar los movimientos de altas y bajas detallados a mes vencido, presentando "la aseguradora" un sólo recibo o nota de crédito o en su caso realizar la conciliación de forma trimestral o al término de la vigencia.

DECIMA TERCERA. -EDAD

Para efecto de la presente contratación del servicio, las edades límites de aceptación de los asegurados y renovación del aseguramiento, a excepción de los asegurados titulares, quienes no tendrán límite de edad alguna son las siguientes:

- a. Cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad durante la vigencia de la presente contratación del servicio, continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

- b. Los hijos del asegurado titular, que cumplan hasta 25 años de edad durante la vigencia de la presente contratación del servicio, continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo. En el entendido que en el caso de que éstos cumplan 26 años durante la vigencia del contrato continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.
- c. Los ascendientes del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad durante la vigencia del contrato, continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo. En el entendido que en el caso de que éstos cumplan 86 años durante la vigencia del contrato continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.

Para comprobar la edad del asegurado, en caso de incongruencia en la información proporcionada, la Aseguradora podrá solicitarle a la FGR, 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.

DÉCIMA CUARTA. -PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, el asegurado liquidará el deducible y en su caso el coaseguro, dependiendo de la enfermedad y/o accidente de que se trate y del sistema de pago de indemnización utilizado (reembolso o programación de cirugía), especificado en el sistema de pago de indemnizaciones.

Los médicos 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.

DÉCIMA QUINTA. -PAGO DE RECLAMACIONES

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras tituladas, 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 los hospitales donde se otorgó el servicio.

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 en el curso de los 5 días naturales 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 8 días naturales.

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 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 no cubrirá honorarios de médicos que no cuenten con cédula de la especialidad requerida para la atención o procedimiento reclamado.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

DÉCIMA SEXTA. -SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES

Los sistemas de pago previstos en el seguro son:

a). - Pago Directo

El sistema de pago directo considerado en la presente contratación del servicio opera de conformidad con los términos estipulados en el apartado "Definiciones" del mismo, siempre que el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y ascendientes del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad, requieran atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la red médica propia, en los casos que se indican a continuación:

1.- Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos:

Trámite. - La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con 3 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.

En los casos de **urgencia o emergencia médica**, previamente justificada, que se presenten durante la vigencia de la presente contratación del servicio, el asegurado podrá solicitar la programación de la intervención quirúrgica o tratamiento con 2 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.

2.- Reporte en el hospital

Trámite. -El beneficio de reporte en el Hospital se otorgará al asegurado al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, siempre y cuando su estancia sea 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 que no pertenezca a la red se ajuste al tabulador de la Aseguradora.

(El pago directo aplica para Red de Hospitales en convenio y Red de Médicos en convenio).

En los casos que se cuente con un diagnóstico definitivo y la estancia sea menor a 24 horas, la Aseguradora deberá aplicar el pago respectivo.

No son autorizadas las segundas valoraciones, al menos que sean indispensables y soportadas medicamente por la Aseguradora, el médico dictaminador deberá entregar por escrito al asegurado/a las incongruencias por las cuales no se determina favorable la atención.

En caso de que el médico no adscrito a la red Médica manifieste su interés de aceptar el

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

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 o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, en toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad, con hospitales y médicos de la red médica, el asegurado tendrá obligación del pago del deducible, del pago de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de la presente contratación del servicio y del pago de los gastos efectuados en exceso de las limitaciones de la presente contratación del servicio. Estos montos serán liquidados por el asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

Cuando la Aseguradora autorice el pago directo a un prestador de servicio y éste no forme parte de la Red Médica y no se ajuste al tabulador de la Aseguradora, el asegurado tendrá la obligación del pago del deducible y del coaseguro sobre los honorarios médicos, así como de los gastos no cubiertos de acuerdo con las condiciones de este seguro. El pago de la indemnización de los honorarios médicos se realizará a través del sistema de reembolso.

Tratándose del titular **VER TABLA DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS.**

En caso de que el médico no adscrito a la Red Médica acepte 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 acepte el tabulador, se deberá eliminar el pago del 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 a la red, y éste acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza la Aseguradora, ésta deberá de realizar el reembolso de los gastos efectuados por el beneficiario, 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 Honorarios Quirúrgicos (THQ).

VER: TABLA DEDUCIBLES Y COASEGUROS

b).- Reembolso

Tratándose del asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, los gastos efectuados por cualquiera de éstos, se cubrirán mediante reembolso con sujeción a los términos y condiciones en la presente contratación del servicio.

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 las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican:

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

- a) Formato de Aviso de Accidente debidamente llenado y firmado por el Asegurado;
- b) Formato de Informe del Médico Tratante debidamente llenado y firmado;
- c) Formato de Solicitud de Reembolso debidamente llenado y firmado, que deberá contener un recuadro en el que el Asegurado Titular designe a una persona mayor de 18 años, para que en caso de fallecimiento reciba el pago correspondiente al pago del reembolso reclamado;
- d) Facturas originales en formato PDF y XML, que contengan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho; en el caso de las facturas de farmacia, estas deberán estar acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados;
- e) 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.
- f) Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia de la interpretación. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al asegurado;
- g) 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;
- h) Copia de identificación oficial del asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) hasta 25 años y ascendientes del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad, cuando la reclamación se hace por primera vez. Como identificaciones oficiales se considerarán: credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional, cédula profesional y/o licencia de manejo con antigüedad mínima de 6 meses.

Para los numerales 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 o accidente cubierto, el asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratado, 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.

En caso de que el asegurado solicite el reembolso de los gastos efectuados por una enfermedad o accidente cubierto 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 y tendrá como obligación el pago del deducible.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

El deducible será de \$3,000.00 pesos, en los casos no previstos en las tablas anteriores.

Para el titular. **VER TABLA DEDUCIBLES Y COASEGUROS**

Los gastos reclamados por reembolso no podrán ser ajustados al costo promedio y/o costo convenido por la aseguradora, para cada siniestro, la aseguradora deberá pagar de acuerdo a los trámites de reembolso solicitado de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

El monto para prestadores de servicios fuera de la red será el mismo al que la Aseguradora tenga bajo convenio de pago directo, que corresponda a servicios de la misma especialidad o categoría.

Se precisa:

- ✓ **Para las pólizas básica y potenciada, el tope de coaseguro deberá ser hasta por la cantidad de \$25,000.00 pesos.**

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 la presente contratación del servicio.

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 la presente contratación del servicio 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 ni deducible ni coaseguro, siempre y cuando la atención se continúe recibiendo de un médico, prestadores de servicios y hospital de red.

Cuando se utilicen médicos que no pertenezcan a la red y acepten el tabulador de pago directo, se considerarán como médicos de la red, es decir, para estos casos se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios médicos.

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 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 médico convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ).

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

La Aseguradora no realizará ningún tipo de proposición o sugerencia para cambio de Médico tratante y/o Hospital para la atención de los asegurados.

Para todos los casos que se llegarán a presentar en horas inhábiles, días de asueto y/o fin de año, el servicio se otorgará las 24 horas, debiendo informar a través de la Red Medica, Médico Tratante o quien lleve el caso el reporte o la información necesaria que requiera en cualquier momento la FGR, solicitada exclusivamente por al área responsable de la FGR.

Para todos los casos en los que se requiera reporte o cualquier información necesaria de los siniestros que se presenten, esta FGR manifiesta que la información tales como padecimientos, diagnósticos, estado de salud, carta pase, suma remanente y los que se deriven del contrato que otorgue la Aseguradora a través de los Ejecutivos, la Red Medica, Médico Tratante o quien lleve el caso y que será entregada exclusivamente al área responsable de la FGR, se ratifica se utilizara con la única finalidad de dar puntual seguimiento y continuidad a los siniestros, para poder establecer estrategias de prevención, y/o toma de decisiones sobre los programas o prestaciones que se presenten; Lo anterior, será única y exclusivamente para los efectos a los que hace referencia la solicitud, quedando bajo su más estricta responsabilidad el uso, divulgación o alteración total o parcial y de manera indebida la información contenida en este correo, indicando es información confidencial artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, misma información que se puede considerar sensible por los asegurados por lo que no se compartirá con personal externo o ajeno al caso.

Teléfono exclusivo para asegurados de la FGR:
(55) 53 29 93 29

Correo electrónico para trámites de Reembolso:
reembolsofgr@metlife.com.mx

Correo electrónico para trámites de Cirugía Programada:
cirugiaprogramadafgr@metlife.com.mx

DÉCIMA SÉTIMA. -ACCIDENTES Y EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS.

El **accidente** se refiere cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un incidente cubierto y rebasen el deducible contratado, para tales efectos, 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 días **naturales** de ocurrido el mismo.

La **emergencia o urgencia médica** ocurre cuando el Asegurado erogó gastos derivados por un padecimiento cubierto en las condiciones del Contrato que en su momento se suscriba, 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.

En caso de que el internamiento fuera mayor a 24 horas, y la emergencia o urgencia médica estuviera cubierta por las condiciones de la póliza, 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.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

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

DÉCIMA OCTAVA. -CUANTÍA DEL REEMBOLSO

La cantidad que la Aseguradora pagará al asegurado por reembolso, en los casos que aplique deducible y coaseguro, se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente contratación del servicio.
- b) A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible y a la diferencia se le aplicará el porcentaje del coaseguro pactado en la presente contratación del servicio.
- c) 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.
- d) En caso de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago o en su caso, a la persona designada por el titular.

DÉCIMA NOVENA. -PERIODO DE BENEFICIO

Si la presente contratación del servicio termina de acuerdo a la vigencia del contrato que en su momento se suscriba y no se hace la ampliación o la contratación de una póliza colectiva y/o individual de Gastos Médicos Mayores 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, únicamente 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 de la presente contratación del servicio o, de haber sido separado de la colectividad asegurada, se le pagarán los gastos de esa atención médica por un plazo máximo de 90 días a partir de la fecha de terminación de vigencia de la presente contratación del servicio o de la separación de la colectividad asegurada o, el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

VIGÉSIMA. -OTROS SEGUROS

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en la presente contratación del servicio estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros en esta u otras Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos.

VIGÉSIMA PRIMERA. -INTERESES MORATORIOS.

En el supuesto de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita 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 intereses moratorios, de conformidad con lo dispuesto en las penas convencionales establecidas en estas bases.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

DERECHO DEL CONTRATANTE PARA CONOCER EL MONTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS.

Durante la vigencia de la póliza, la FGR solicitará por escrito a la Aseguradora le informe que no existe porcentaje en la prima, por concepto de comisión o compensación directa, que corresponda al intermediario alguno o persona moral por su intervención en la celebración de la presente contratación del servicio.

VIGÉSIMA SEGUNDA. -DEDUCIBLES Y COASEGUROS APLICABLES EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

Deducibles a aplicar para titulares, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes por accidente y enfermedad.

TABLA 1

| DEDUCIBLES EN LA REPÚBLICA MEXICANA | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--|--------------------------------|---|
| TIPO DE ASEGURADO | PADECIMIENTO | HOSPITAL Y MÉDICO DE RED | HOSPITAL Y MÉDICO SIN CONVENIO | MÉDICO DE RED Y HOSPITAL CONTENIDO EN TABLA No. 2 |
| Titular | Parto o Cesárea | \$3'000.00 | \$3'000.00 | \$5'000.00 ó \$7'000.00 según el hospital en que se atienda |
| Titular | Accidente o Enfermedad | No Aplica (para los Hospitales que no se encuentren en la tabla 2) | \$3'000.00 | \$5'000.00 ó \$7'000.00 según el hospital en que se atienda |
| Asegurado | Parto o Cesárea | \$3'000.00 | \$5'000.00 | \$5'000.00 ó \$7'000.00 según el hospital en que se atienda |
| Asegurado | Accidente o Enfermedad | \$3'000.00 | \$5'000.00 | \$5'000.00 ó \$7'000.00 según el hospital en que se atienda |

TABLA 2

| DEDUCIBLES \$5'000.00 | DEDUCIBLES \$7,000.00 |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Hospital Ángeles Metropolitan | Hospital Ángeles del Pedregal |
| Ángeles Acoxa | Hospital Ángeles de las Lomas |
| Ángeles Mocol | Médica Sur |
| Ángeles Lindavista | Hospital ABC Observatorio |
| Hospital Christus Muguerza Monterrey | Hospital ABC Santa Fe |
| Hospital San Javier | Ángeles de Querétaro |
| Star Medica Lomas Verdes | Hospital San Jose de Monterrey |
| Corporativo Hospital Satélite | |
| Hospital Español | |

TABLA 3

| COASEGUROS EN LA REPÚBLICA MEXICANA | | | |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------------|
| TIPO DE ASEGURADO | PADECIMIENTO | HOSPITAL Y MÉDICO DE RED | HOSPITAL Y MÉDICO SIN CONVENIO |
| Titular | Parto o Cesárea | No Aplica | 8% |

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

| | | | |
|-----------|------------------------|-----------|----|
| Titular | Accidente o Enfermedad | No Aplica | 8% |
| Asegurado | Parto o Cesárea | No Aplica | 8% |
| Asegurado | Accidente o Enfermedad | No Aplica | 8% |

TABLA 4

| DEDUCIBLES Y COASEGUROS EN EL EXTRANJERO | | | |
|--|--------------|-----------|-----------|
| TIPO DE ASEGURADO | PADECIMIENTO | DEDUCIBLE | COASEGURO |
| Titular (soporte correspondiente) | Accidente | 0 NSA | 20% |
| Titular (soporte correspondiente) | Enfermedad | 4 NSA | 20% |

El deducible será de \$3,000.00 pesos, en los casos no previstos en las tablas anteriores.

VIGÉSIMA TERCERA. -LICENCIAS POR ENFERMEDAD

La FGR pagará a la Aseguradora el 100% de la prima básica cuando el servidor público 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 servidor público se encuentre en el supuesto sin goce de sueldo.

Cuando el asegurado se encuentre sin goce de sueldo, la FGR le deberá 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.

En caso de que los servidores públicos se encuentren en licencia por enfermedad sin goce de sueldo, se le notificará a la compañía adjudicada, y en caso de no pagar el asegurado titular el monto de la prima correspondiente a sus ascendientes y potenciaciones se darán de baja de la póliza correspondiente; en el entendido que se notificará al realizar en conjunto con la aseguradora las conciliaciones quincenales o mensuales, a fin de estar en posibilidad de notificar a aquellos servidores públicos que deberán de realizar su pago por potencia o inclusión de ascendientes, a la cuenta y referencia que pertenezca para cada asegurado con la finalidad de que se generen su recibo fiscal.

VIGÉSIMA CUARTA. -SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LOS EFECTOS DEL NOMBRAMIENTO

- a) Cuando el servidor público sufra prisión preventiva seguida de fallo absolutorio, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico (por parte de la FGR) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del asegurado), del período 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 servidor público fuere suspendido por cualquier causa, seguido de laudo ejecutoriado en el que se determine reanude sus labores, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico (por parte de la FGR) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del asegurado), en términos del laudo respectivo, del tiempo que duró la suspensión, para lo cual la Aseguradora realizará el cálculo de primas y le informará por

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.

- c) Cuando el servidor público fuere suspendido en términos de la Ley Federal de 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 del plan básico (por parte de la FGR) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del asegurado), en términos del laudo respectivo, 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 servidor público obtenga laudo favorable ejecutoriado derivado de un litigio laboral, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico (por parte de la FGR) como del plan de potenciación y ascendientes (por parte del asegurado), en términos del laudo respectivo, 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 párrafos anteriores, es aplicable para los laudos o cualquier otra resolución que se notifique a la FGR dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio.

El pago retroactivo de la prima por parte del Asegurado y de la FGR, deberá ser en una sola exhibición.

En caso de 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 servidor público en donde se ordene su reinstalación.

Los efectos de esta cláusula estarán condicionados al laudo emitido por una Autoridad Legal, por lo que, si 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 de la presente contratación del servicio.

Esta cláusula aplica para los laudos que sean notificados a la FGR, dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio, para lo cual la Aseguradora deberá calcular e informar a la FGR, el monto correspondiente del plan básico.

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 FGR hayan efectuado el correspondiente pago de primas.

Los pagos de las primas de pólizas potenciadas y de ascendientes, en caso de que el servidor público se encuentre en las situaciones descritas en los 4 incisos de este numeral, la convocante

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

informará de la falta de pago, pero será responsabilidad del licitante adjudicado el revisar y notificar al asegurado, ya que es imposible el efectuar algún cobro a personal que cause baja y se encuentre suspendido.

Suma asegurada potenciada (potenciación), es la responsabilidad de pago que tiene la aseguradora en virtud del incremento de suma asegurada elegida por el asegurado titular para sus dependientes y ascendientes, cuya prima será cubierta por él, a través de descuento quincenal en nómina, con recibo de primas individual. En el entendido de que en aquellos casos en los cuales a los trabajadores no se les pueda aplicar el descuento a través de nómina por razones ajenas a la institución, la aseguradora contratada para otorgar el servicio, tendrá que entregar previa solicitud por escrito del trabajador y/o notificación por correo del área de seguros, la referencia de pago y banco, para que el trabajador pueda realizar sus aportaciones. Aquellos casos que sea imposible pagar prima no en caso de siniestro no brindarán cobertura (ascendiente y/o potencia).

Ratificando que se notificará al realizar en conjunto con la aseguradora, las conciliaciones quincenales o mensuales a fin de estar en posibilidad de notificar a aquellos servidores públicos que deberán de realizar su pago por potencia o inclusión de ascendientes a la cuenta y referencia que pertenezca para cada asegurado, con la finalidad de que generen su recibo fiscal.

Por lo antes descrito no se dan de baja.

La Convocante proporcionará los datos de contacto, con los que cuente, para que el licitante adjudicado, pueda hacer el cobro correspondiente.

VIGÉSIMA QUINTA. -RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

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 proporcione la FGR.

Este reconocimiento de antigüedad se entenderá para eliminar períodos de espera para los padecimientos que se presenten posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la presente contratación del servicio, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones de la FGR en el apartado de gastos cubiertos en periodo de espera, enfermedades y tratamientos cubiertos en periodo de espera.

Para obtener los beneficios que otorga la presente póliza y opere el reconocimiento de antigüedad con otras compañías Aseguradoras sean pólizas de grupo o contratadas en forma individual, el asegurado deberá presentar copia de la póliza de grupo y el último recibo de pago de la póliza para el caso de pólizas individuales.

Derivado de los movimientos de cambio de plazas (Administrativos a Sustantivos) que realiza la FGR, la Aseguradora deberá reconocer la antigüedad solicitada.

VIGÉSIMA SEXTA. - PRIVILEGIOS DE CONVERSIÓN (EX SERVIDORES)

Cualquier Asegurado (titular, cónyuge o concubina, concubinario, parejas del mismo sexo, o hijos y ascendientes) que se excluyan del contrato que en su momento se suscriba, por dejar de pertenecer a la colectividad asegurada, tendrá derecho a que, si lo solicita a la Aseguradora por escrito, dentro de los 45 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja del seguro, le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores por esta Aseguradora, quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

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

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 servidor público.

En el caso de que dicho Asegurado ya contará 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 gastos médicos mayores con la Aseguradora a la fecha de alta del contrato que en su momento se suscriba o, realizara un cambio de plan a un seguro individual o colectivo o de grupo, de gastos médicos mayores, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 45 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, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en el contrato que en su momento se suscriba.

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

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia del contrato que en su momento se suscriba, se aplicarán los límites, deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales y endosos, 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.

El escrito de solicitud a la Aseguradora para la expedición de una póliza individual de gastos médicos mayores deberá ser dentro de los 20 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:

- a. Escrito del asegurado dirigido a la Aseguradora señalando la forma de pago elegida y su RFC con homoclave. Anexar copia de la cotización elegida.
- b. Copias simples de:
 - Identificación oficial (INE),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono o luz o predial) y
 - Aviso de baja u oficio emitido por Recursos Humanos de la FGR (características del oficio: papel membretado, incluir nombre, cargo y firma de la Persona que lo expide y el sello).

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

Con la finalidad de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual de ex servidores, la Aseguradora indica 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.

| NOMBRE | PUESTO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO |
|----------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Mariana Huerta | Gerente de Ex Servidores | mariana.huerta@metlife.com.mx | 53.28.90.00 Ext. 6288 |
| Jessica Cruz | Ejecutivo de Cuenta | jessica.martin@metlife.com.mx | 53.28.90.00 Ext. 5862 |

VIGÉSIMA SÉPTIMA. -PRÓRROGA DE LA VIGENCIA

La Aseguradora se obliga a otorgar la prórroga de vigencia que establece el artículo 52 de la Ley Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se podrá celebrar convenios modificatorios al contrato que en su momento se suscriba, que se derive de esta contratación sin tener que recurrir a un nuevo proceso, y deberá 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 (sin considerar gastos de expedición) en los mismos, respetando las primas pactadas originalmente calculadas a prorrata.

Derivado de que el monto total no debe de rebasar en conjunto el 20% del monto o cantidad de los conceptos y volúmenes establecidos originalmente (sin considerar gastos de expedición) en los mismos, respetando las primas pactadas originalmente calculadas a prorrata, se realizará el cálculo de días que deberá tener la prórroga con el listado de asegurados vigentes al momento del inicio de vigencia de la prórroga.

Con la finalidad de mantener unida a la colectividad del Seguro de Gastos Médicos Mayores, sólo se podrá ampliar la vigencia del servicio para todos los integrantes del contrato que en su momento se suscriba; es decir, no podrán hacerse modificaciones con sólo algunos participantes. Asimismo, cuando sea la FGR la que requiera modificar el dicho instrumento jurídico, con base en las atribuciones conferidas en su reglamento, respecto del control presupuestario de los servicios personales, lo solicitará a su área de Adquisiciones, para la elaboración del convenio modificatorio, mismo que formará parte integrante del contrato adjudicado y será firmado por todos los participantes en el marco de la Ley.

En caso de que la FGR requiera ampliar la vigencia de contrato que en su momento se suscriba, bastará con la notificación por escrito de la FGR a la Aseguradora, a fin de que continúe prestando el servicio en las mismas condiciones y primas pactadas originalmente.

VIGÉSIMA OCTAVA. -ENDOSOS MODIFICATORIOS A LA PÓLIZA

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de la FGR.

VIGÉSIMA NOVENA. -PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la contratación del servicio prescribirán en el plazo de 2 años establecido en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el artículo 82 de la misma Ley.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

TRIGÉSIMA. -TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en la contratación del servicio o antes si se presenta la terminación anticipada del contrato que en su momento se suscriba a solicitud de la FGR o por rescisión del contrato.

TRIGÉSIMA PRIMERA. -AVISOS Y NOTIFICACIONES

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la FGR, informando el asunto, marcándole copia a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales de la FGR, por escrito, en el domicilio que tenga conocimiento.

Los que se realicen a la Aseguradora por parte de la FGR se harán, por escrito en el domicilio que se establezca en la presente contratación del servicio.

TRIGÉSIMA SEGUNDA. -ARBITRAJE

Procedimiento arbitral mediante arbitraje médico.

Para resolver las controversias que se susciten, 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 y las partes que en el momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición, si no llegaren a ponerse de acuerdo sobre un solo árbitro, al dictamen de dos árbitros, uno nombrado por cada una de las partes, dentro de un mes calendario después de haber sido requerido por escrito para proceder así por cualquiera de las partes, o, en caso de que los árbitros no estuvieren de acuerdo, al dictamen de un tercero nombrado por escrito por los árbitros antes de entrar a conocer el caso.

El tercero actuará junto con los árbitros y presidirá sus reuniones. Los árbitros y el tercero deberán ser médicos calificados. El laudo arbitral será condición previa a cualquier derecho de acción contra la Empresa Aseguradora.

El costo de todos los árbitros será pagado por la Aseguradora si el Asegurado selecciona de la lista de árbitros que proporcione la Aseguradora, sin embargo, éstos no formarán parte de la red médica, pero si el Asegurado decide seleccionar un árbitro fuera de la lista de médicos propuesto por la Aseguradora, los honorarios serán cubiertos por el Asegurado para el caso de su médico arbitral, en caso de seleccionar a un tercero el médico tercero será cubierto por la Aseguradora al 100%.

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

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, el (los) árbitro(s) propuesto(s) 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.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. El laudo que se emita es obligatorio para la Aseguradora, no para el asegurado reclamante.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO **GASTOS MÉDICOS MAYORES**

PÓLIZA GM0859

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

Los médicos no deberán tener relación laboral, ni pertenecer a la Red Médica de la Aseguradora y deberán ser médicos reconocidos en su especialidad.

- ✓ **La Aseguradora entregará a la FGR, una relación de médicos que podrán fungir como árbitros, incluyendo como mínimo la siguiente información: Nombre de la Especialidad, nombre del médico, dirección completa y teléfonos.**

Dicha relación deberá ser integrada por médicos que cuenten con la certificación del colegio de su especialidad, en caso de requerirse mayores especialidades, la Aseguradora será la responsable de incluir más médicos según el caso.

ANGIÓLOGA
AUDIOLOGÍA
CARDIOLOGÍA
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
COLOPROCTOLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA
GERIATRÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HEMATOLOGÍA
MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
MEDICINA INTERNA
NEFROLOGÍA
NEUMOLOGÍA
NEUROLOGÍA
NUTRICIÓN
OFTALMOLOGÍA
ONCOLOGÍA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
PEDIATRÍA
REUMATOLOGÍA
UROLOGÍA

*** Únicamente el licitante ganador deberá entregar la relación de médicos que podrán fungir como árbitro.**

TRIGÉSIMA TERCERA. -COMPETENCIA

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

TRIGÉSIMA CUARTA. -ERRORES U OMISIONES

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del asegurado, la intención de este apartado cláusula es la de proteger en todo momento, por lo tanto, el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

En caso de que la emisión de la póliza inicial tenga errores, ésta deberá ser modificada por el licitante adjudicado hasta que el documento cumpla con lo solicitado en la convocatoria de la licitación.

TRIGÉSIMA QUINTA. -HORARIO DE ATENCIÓN A SINIESTROS

El servicio para atender enfermedades y accidentes en red médica, red de hospitales y médico coordinador, se deberá proporcionar durante toda la vigencia del contrato que en su momento se suscriba, las 24 horas sin interrupción alguna.

El horario de atención para el servicio de administración de reclamaciones y pagos, así como para la orientación a los asegurados, se proporcionará en días y horas hábiles, durante la vigencia de la póliza. El servicio de atención a los asegurados vía telefónica se otorgará las 24 horas durante toda la vigencia de la póliza. El servicio de atención personal y recepción de documentación deberá ser durante los días hábiles en el horario de atención al público en general, el servicio de lunes a viernes será no menor de 6 horas.

Para atender las diversas solicitudes, la Aseguradora prestará el servicio en:

Módulo 1: Oficina de la Agencia de Investigación Criminal, ubicada en Av. de la Moneda No. 333, Col. Lomas de Sotelo, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, a un costado del banco HSBC, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

Módulo 2: Oficina de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, ubicada en Privada de Río Pilcomayo, No. 169, Colonia Argentina Poniente, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11230, Ciudad de México, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

Módulo 3: Oficina de la Coordinación General de Servicios Periciales, ubicada en Av. Río Consulado No. 715, Colonia Santa María Insurgentes, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06430 Ciudad de México, a los asegurados de la FGR, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

Módulo 4: Oficina de la Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delincuencia Organizada, ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 72, Colonia Guerrero, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06300 Ciudad de México, a los asegurados de la FGR, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

TRIGÉSIMA SEXTA. -ERRORES U OMISIONES

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del asegurado, la intención de esta cláusula es la de proteger en todo momento, por lo tanto, el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

Condiciones Generales

SEGURO COLECTIVO
GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA GM0859

B) PLAZO DE CUMPLIMIENTO.

El servicio será a partir de las 00:00 horas del 01 de marzo de 2020 y hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2020.

“LA ASEGURADORA”

JOSÉ FAUSTO MARTÍN LÓPEZ MARTÍNEZ
GERENTE DE SERVICIO AL CLIENTE Y COBRANZA INSTITUCIONAL PÚBLICO

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0198-2013 de fecha 05 de abril de 2013.

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