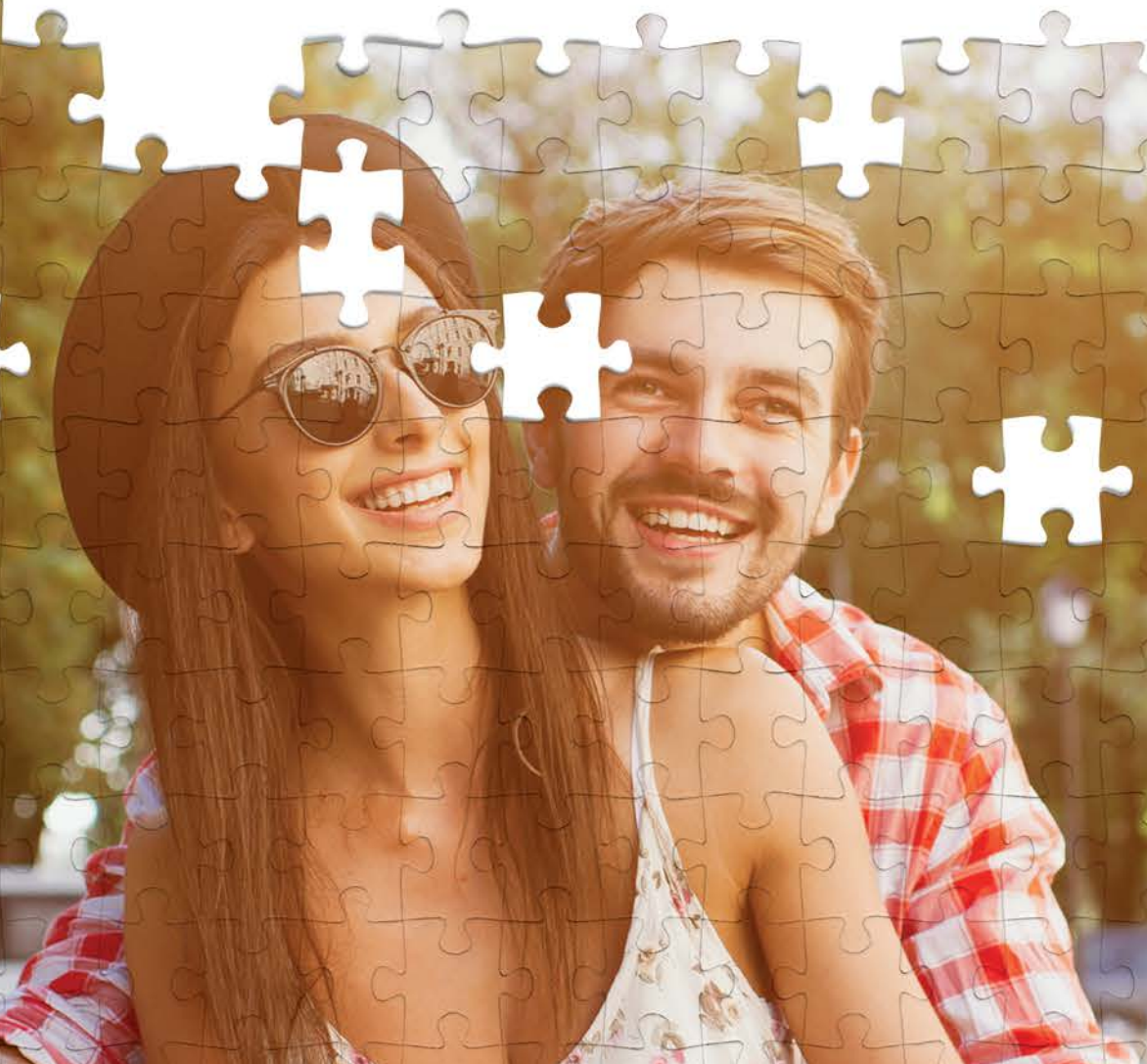




CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN MÉDICA
A TU MEDIDA



PROTECCIÓN MÉDICA
A TU MEDIDA





CONDICIONES GENERALES

PROTECCIÓN MÉDICA A TU MEDIDA (PMM)



ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Definiciones	4
2. Objeto del seguro	11
3. Contrato	11
4. Gastos médicos cubiertos	11
5. Gastos médicos cubiertos con período de espera	17
6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado	19
7. Exclusiones	24
8. Riesgos no amparados por el contrato	30
9. Coberturas opcionales con costo	30
9.1 Tu recuperación	31
9.2 Tu recuperación plus	31
9.3 Tú atención alternativa	34
9.4 Donde tú vayas	36
9.5 Tu protección	39
9.6 Tu soporte asistencial	46
9.7 Tu escudo	54
9.8 Tus días seguros	59
10. Cláusulas generales	60
10.1 Cláusulas de interés para el asegurado	60
10.2 Cláusulas Operativas	68
10.3 Cláusulas Contractuales	68

1. Definiciones

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

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

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

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

- a) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- c) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o medicamentos.

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

ASEGURADO TITULAR. Es la persona física que firma la solicitud como asegurado principal. Podrá autorizar a una persona para cobrar saldos pendientes a su favor derivados de gastos amparados por la póliza en caso de fallecimiento.

CONTACT CENTER. Este servicio se otorga para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer asistencia telefónica las veinticuatro (24) horas del día y durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a nivel nacional.

CIRUGÍA PROGRAMADA. Beneficio otorgado al asegurado cuando MAPFRE confirma el pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 6.9. Pago directo de la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

COASEGURO. De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible, el cual se encuentra establecido en la carátula de la póliza.

COBERTURA ELEMENTAL. Es la cobertura básica establecida en las secciones 4. Gastos médicos cubiertos y 5. Gastos médicos cubiertos con período de espera de las presentes condiciones generales.

COFEPRIS. Es un órgano que se encarga de la regulación y fomento sanitario de la producción, comercialización, importación, exportación, publicidad o exposición involuntaria de: medicamentos y tecnologías para la salud, sustancias tóxicas peligrosas, productos y servicios, salud en el trabajo, saneamiento básico y riesgos derivados de factores ambientales.

CONTRATANTE. Persona física o moral que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros y es el responsable del pago de la prima.

CORROBORACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO. A solicitud de MAPFRE el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico y/o procedimiento inicial del padecimiento a tratar, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica y que son designados por MAPFRE. Este servicio se otorga sin costo alguno y se aplica en los casos donde MAPFRE lo considere conveniente, esto de acuerdo al artículo 69 de la Ley sobre el contrato.

DEDUCIBLE. De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado, la cual se encuentra establecida en la carátula de la póliza.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Cónyuge, concubina o concubinario del titular, hijos solteros incluidos en la póliza menores a veinticinco (25) años, hijos (as) de las hijas aseguradas siempre y cuando hayan nacido dentro de la vigencia de la póliza, así como nietos, hermanos y personal doméstico de tiempo completo.

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

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

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

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

ENDOSO. Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y que forman parte de éste.

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

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

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

- a) Hernias, protrusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
- b) Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que no hayan recibido atención médica dentro de los primeros treinta (30) días de ocurridas.
- c) Complicaciones del embarazo, siempre y cuando el embarazo haya iniciado durante la vigencia de la póliza.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

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

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

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

FDA. Es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos (tanto para personas como para animales), medicamentos (humanos y veterinario), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y derivados sanguíneos.

FRANJA FRONTERIZA. Se refiere al territorio de Estados Unidos cuyo límite sur es la frontera con México que constará para efectos del presente seguro de treinta y dos (32) kms o veinte (20) millas de ancho.

FRANQUICIA. Es la cantidad mínima erogada por el asegurado para poder indemnizar desde el primer peso la reclamación, la cual, se encuentra establecida en la carátula de la póliza.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las

condiciones generales y especiales de este contrato.

HOSPITAL. Institución de salud legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

HOSPITALES DE RED. Son los indicados en el directorio de prestadores de servicios a los que se tiene derecho de acuerdo al estado y opción contratada. Dicha información puede ser consultado a través de del centro de atención telefónica Contact Center o en la página de Internet: www.mapfre.com.mx.

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

MEDICAMENTO. Sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o rehabilitador, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, que esté registrado ante la Secretaría de Salud para su venta y uso en el país, y que su actividad farmacológica esté indicada para el padecimiento reclamado.

MÉDICO. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado, que puede ser médico general, especialista certificado y/o cirujano certificado.

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

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

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

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

PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Se considerará preexistente, cualquier padecimiento que cumpla con los siguientes puntos:

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

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

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

PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente MAPFRE al prestador de servicios en convenio, siempre y cuando se apegue a lo establecido en la cláusula 6.9. Pago directo de la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

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

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

PERÍODO AL DESCUBIERTO. Es el período de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Dicho periodo empieza al terminar el Período de Gracia.

PERÍODO DE CARENCIA (HOSPITALIZACIÓN). Es el número de días de hospitalización que deben transcurrir desde el ingreso del asegurado al hospital antes de que MAPFRE deba pagar la indemnización diaria desde el primer día de hospitalización. Este período es a elección del asegurado y se indica en la carátula de la póliza.

PERÍODO DE CARENCIA (INCAPACIDAD). Es el número de días de incapacidad temporal que deben transcurrir antes de que MAPFRE pagar la indemnización diaria desde el primer día de incapacidad temporal. Este período es a elección del asegurado y se indica en la carátula de la póliza.

PERÍODO DE ESPERA: Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza antes de considerar cubiertos los gastos por las enfermedades que se enuncian en la sección 5. Gastos médicos cubiertos con período de espera. Este período de espera opera para cada asegurado.

PERÍODO DE GRACIA. Período de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, o fracción de ella en caso de pago en parcialidades, con que cuenta el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones

pactadas en el contrato. Este período comenzará a computarse siempre y cuando la prima, o fracción de prima, no haya sido pagada a la fecha de su vencimiento.

A las doce (12) horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

En el período de gracia no operará el pago directo si la prima no está pagada.

POLITRAUMATISMO. Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles que deben ser tratadas inmediatamente producidas en un mismo accidente que provocan deterioro circulatorio, respiratorio y/o neurológico.

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

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

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

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

RECIÉN NACIDO. Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de sesenta (60) días de haber nacido.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. Es el período de tiempo durante el cual el asegurado ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida por una póliza de gastos médicos mayores en MAPFRE o en otra compañía de seguros legalmente establecida en la república mexicana.

Para reconocer un período de antigüedad, el asegurado y/o el contratante deberá solicitar y pagar la prima correspondiente, además de comprobar dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al inicio de vigencia de la póliza contratada con MAPFRE, que las prima(s) de la(s) póliza(s) en dónde haya estado amparado el asegurado fue(ron) pagada(s); así como sus carátulas de pólizas.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los períodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el período señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

La antigüedad reconocida para cada asegurado se indicará en la póliza.

REEMBOLSO. Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza, de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes bajo los términos establecidos en la cláusula 6.10. Reembolso de la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

REHABILITACIÓN FÍSICA. Tratamientos médicos de rehabilitación física realizados en centros especializados y certificados por la secretaria de salud, dichos tratamientos deber ser indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado.

RENTA DIARIA. Es la cantidad de dinero que se indemnizará al asegurado por cada día de hospitalización o de incapacidad temporal, este concepto se encuentra indicada en la carátula de la póliza.

SIDA. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

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

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

SUMA ASEGURADA. Se define como el límite máximo de responsabilidad de MAPFRE, para cada asegurado a consecuencia un padecimiento cubierto.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS. Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos de acuerdo al estado y opción contratada. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Esta lista podrá actualizarse de manera anual y puede ser consultada y descargada en nuestro portal www.mapfre.com.mx.

El presente tabulador únicamente operará cuando las reclamaciones sean por algún padecimiento cubierto.

TIPO DE DEDUCIBLE. Es la modalidad del deducible elegido por el asegurado, el cual estará indicado en la carátula de la póliza. Los términos y condiciones de cada modalidad se establecen en la cláusula 6.2. Del deducible de la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

TOPE DE COASEGURO. Es la cantidad máxima que paga el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, establecido en la carátula de la póliza.

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

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

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

2. Objeto del seguro

MAPFRE indemnizará los gastos erogados por atención médica realizados durante la vigencia de la póliza para el restablecimiento de la salud derivado de un accidente y/o enfermedad cubierto, bajo los lineamientos establecidos en las presentes condiciones generales, en la carátula de la póliza y los endosos adheridos a la misma.

3. Contrato

El contrato de seguro está conformado por las presentes condiciones generales, la caratula de la póliza, la solicitud que el contratante, asegurado titular o asegurado ha firmado y entregado a MAPFRE, así como las cláusulas adicionales o endosos adheridos a la póliza.

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

4. Gastos médicos cubiertos

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de padecimientos cubiertos, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, MAPFRE pagará los gastos de acuerdo a los términos establecidos en la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado de los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en las presentes condiciones generales.

4.1 Cobertura elemental

Esta cobertura será la cobertura básica del presente seguro y está conformada por los siguientes conceptos, los cuales se indicarán en la carátula de la póliza:

4.1.1 Gastos hospitalarios

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

- 4.1.1.1 Cuarto privado estándar para los asegurados de la póliza.
- 4.1.1.2 Cama extra para el acompañante del asegurado durante la estancia de éste en un hospital, siempre que el asegurado afectado se encuentre en un cuarto privado estándar.
- 4.1.1.3 Estancia en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios para los asegurados de la póliza.
- 4.1.1.4 Sala de operaciones, recuperación y curaciones para los asegurados de la póliza.
- 4.1.1.5 Renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del asegurado, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

4.1.2 Honorarios médicos

Esta cobertura ampara los siguientes gastos erogados en territorio nacional derivados de un padecimiento cubierto:

- 4.1.2.1 Las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anesthesiologists, instrumentistas y circulantes se cubrirán de acuerdo a la siguiente tabla:

Equipo quirúrgico	Monto máximo amparado
Cirujano	El monto resultante para el procedimiento en el tabulador de horarios médicos vigente de acuerdo al estado y opción contratada.
Anestesiólogo	Treinta por ciento (30%) del monto máximo para el cirujano.
Primer Ayudante	Veinte por ciento (20%) del monto máximo para el cirujano.
Segundo Ayudante	Diez por ciento (10%) del monto máximo para el cirujano.
Instrumentista y circulantes	Cinco por ciento (5%) del monto máximo para el cirujano.

Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente se valorarán por similitud.

Adicional a las especificaciones antes mencionadas, se aplicarán las siguientes condiciones:

- Si el asegurado requiere dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos se cubrirán de la siguiente manera:
 - o Si las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica por:
 - Un solo cirujano, se indemnizará la cirugía con mayor costo hasta el cien por ciento (100%) y la segunda al cincuenta por ciento (50%).
 - Dos (2) cirujanos de diferente especialidad, se indemnizarán ambas hasta el cien por ciento (100%).
 - o Si las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, se indemnizarán ambas cirugías hasta el cien por ciento (100%).
- Si el asegurado requiriese más de dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos quedarán a cargo del asegurado.
- En caso de un politraumatismo se indemnizará todas las cirugías requeridas al cien por ciento (100%).

- 4.1.2.2 La atención de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, se cubrirán siempre y cuando sus actividades sean indispensables para el restablecimiento de la salud de acuerdo a lo indicado por el médico tratante, asistiendo al asegurado hasta las veinticuatro (24) horas al día en diversos turnos (máximo tres (3)) y hasta por treinta (30) días naturales."

El servicio prestado de enfermera además de lo anterior deberá ser intra-domiciliario y previa autorización de MAPFRE será cubierto hasta el monto establecido en el tabulador de honorarios médicos vigentes de acuerdo al estado y opción contratada, en el cual será necesario anexar la bitácora de atención."

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

4.1.3 Auxiliares de diagnóstico

Se cubren los gastos erogados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, o cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

La cobertura de estudios de laboratorio se hará con base en las normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica mexicanas e internacionales.

4.1.4 Medicamentos

Se cubren los gastos erogados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con el padecimiento cubierto, por lo cual, se debe presentar receta y factura correspondiente con el desglose de los medicamentos.

Dichos medicamentos deben de estar avalados para su uso y comercialización en el territorio nacional.

4.1.5 Ambulancia

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

4.1.5.1 Ambulancia terrestre, siempre y cuando el asegurado:

- a) Se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado y sea derivado de una emergencia médica.
- b) Se encuentre en un hospital que no cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia médica, y sea necesario trasladarse a otro hospital.

Esta cobertura contempla un (1) servicio de ambulancia terrestre sin costo por asegurado y vigencia, si se requiere dicho traslado derivado de una emergencia médica, es decir, que la vida del asegurado o la funcionalidad de un órgano vital esté en riesgo, para el otorgamiento del servicio será necesario comunicarse contact center. Los servicios adicionales o aquellos que se requieran por otra causa se cubrirá vía reembolso aplicando el coaseguro contratado para la cobertura elemental.

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

se cubrirá vía reembolso aplicando sobre el total de la factura de vuelo un coaseguro de treinta por ciento (30%) o el contratado para la cobertura elemental, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro.

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

4.1.6 Gastos adicionales cubiertos por la cobertura elemental

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

- 4.1.6.1 Consumo de oxígeno y por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes siempre que estas sean prescritas por el médico tratante.
- 4.1.6.2 Trasplante de órganos hasta la suma asegurada contratada, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura elemental, cubriendo únicamente los gastos del receptor del órgano en caso de que éste sea el asegurado, así como los del donador exclusivamente por el procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, gastos relacionados con las pruebas de compatibilidad entre el donador y el asegurado, gastos de recuperación intrahospitalaria, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación al asegurado.

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

a) El pago de estudios de compatibilidad entre el asegurado y posibles donadores, así como retribuciones, donativos o compensaciones adicionales de ninguna especie.

- 4.1.6.3 Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE al momento del parto o cesárea, se reporte el nacimiento durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 10.3.1 Pago de primas de la sección 10. Cláusulas generales.

Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado. El plazo máximo con que cuenta el asegurado o contratante para dar aviso por escrito a MAPFRE de dicho evento será durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento. Si transcurrido este plazo MAPFRE no ha recibido ninguna comunicación, la protección del hijo recién nacido quedará sin efecto.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de MAPFRE, una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes, y al pago de la prima de conformidad a la cláusula 10.3.1 Pago de primas de la sección 10. Cláusulas generales.

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

- a) Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- b) Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto o excluido de la madre asegurada.**

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

4.1.6.4 Los padecimientos congénitos de asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, o para los nacidos durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con los diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida con MAPFRE, se cubrirán los gastos originados por los padecimientos o malformaciones congénitas, siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- a) No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico y tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado en la póliza.
- b) No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado en la póliza.
- c) El padecimiento haya sido desapercibido por el asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado en la póliza.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas, previa valoración médica.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

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

- a) Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- b) Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.**

4.1.6.5 SEGUNDA OPINION MÉDICA

El asegurado y sus dependientes podrán corroborar el diagnóstico inicial de cualquier padecimiento amparado, por medio de médicos especialistas que el asegurado designe libremente de entre los médicos de red con MAPFRE. Este beneficio se cubrirá vía reembolso sin necesidad que se rebase el deducible contratado."

5. Gastos médicos cubiertos con período de espera

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

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

5.1 Con treinta (30) días.

Se cubrirán los gastos erogados por las enfermedades que se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado, siempre y cuando no sean preexistentes, ni estén excluidas por las presentes Condiciones Generales.

Este periodo de espera no opera en la renovación de la póliza.

5.2 Con seis (6) meses.

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

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

5.3 Con diez (10) meses.

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

- a) Padecimientos y malformaciones congénitas en el asegurado nacido en la vigencia de la póliza, de acuerdo a lo establecido en el punto 4.1.6.3 de las presentes condiciones generales.
- b) Maternidad, siempre y cuando la asegurada cuente con la cobertura 9.5.4. Maternidad, la cual estará indicada en la caratula de la póliza.

5.4 Con doce (12) meses.

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

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

5.5 Con veinticuatro (24) meses.

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

- a) Circuncisión, siempre y cuando no sea con fines profilácticos. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.
- b) Cataratas: MAPFRE considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a seis (6) meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.
- c) Amígdalas y adenoides.
- d) Ano rectales.
- e) Prostáticos y artritis reumatoide.
- f) Hallux valgus (juanetes).
- g) Apnea obstructiva (enfermedad del sueño).
- h) Aparatos auditivos, bajo los límites establecidos en la cláusula 9.1.1 Prótesis y aparatos ortopédicos de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.
- i) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo), siempre que el asegurado tenga cinco (5) o más dioptrías en al menos uno de los ojos, presentándose un estudio de paquimetría o topometría corneal. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones

5.6 Con 48 meses.

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

- a) Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH sean seropositivos y no hayan sido detectados antes o durante este período, teniendo como tope la suma asegurada de la cobertura elemental, lo que resulte menor. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.
- b) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) cuando el asegurado tenga menos de cinco (5) dioptrías. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado

6.1 De la suma asegurada.

Toda indemnización que MAPFRE pague por algún padecimiento por asegurado por los conceptos amparados en la caratula de la póliza, reducirá en igual cantidad la suma asegurada, siendo reinstalada automáticamente para otros padecimientos diferentes que ocurran o se inicien durante la vigencia de la póliza, sin pago de prima adicional.

6.2 Del deducible.

El deducible que se aplicará dependerá del tipo de deducible contratado, el cual, estará en la caratula de la póliza:

- a) Por padecimiento: Si el asegurado contrata esta opción, los gastos reclamados por cada uno de los padecimientos cubiertos deberán ser mayor a la opción contratada, el deducible no se reinstalará.

En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes supere el deducible contratado, excepto para el pago de complementos de reclamaciones anteriores.

- b) Por padecimiento anual: Si el asegurado contrata esta opción, los gastos reclamados por cada uno de los padecimientos cubiertos deberán ser mayor a la opción contratada, reinstalándose el deducible al aniversario del siniestro.

En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes supere el deducible contratado. Para el pago de complementos de reclamaciones anteriores, los gastos deberán pasar el deducible siempre que el deducible se haya reinstalado.

- c) Personal: Si el asegurado contrata esta opción, los gastos reclamados en caso de enfermedad por uno o varios padecimientos cubiertos contarán para el deducible hasta agotarlo, una vez agotado, los gastos de los padecimientos nuevos o complementarios deberán ser mayor a la franquicia estipulada en la carátula de la póliza para poder ser indemnizados desde el primer peso; de lo contrario no se podrán indemnizar dichos gastos.

El deducible se reinstalará en cada renovación de la póliza. Iniciando nuevamente el proceso de acumulación de deducible ya sea para nuevos padecimientos o complementarios.

- d) Familiar: Si se contrata esta opción, los gastos reclamados en caso de enfermedad por uno o varios padecimientos cubiertos de todos los integrantes de la póliza contarán para el deducible, en el momento de rebasar el deducible, los padecimientos nuevos o complementarios deberán ser mayor a la franquicia estipulada en la carátula de la póliza para poder ser indemnizados desde el primer peso, de lo contrario no se podrán indemnizar.

El deducible se reinstalará en cada renovación de la póliza. Iniciando nuevamente el proceso de acumulación de deducible ya sea para nuevos padecimientos o complementarios.

En toda reclamación por accidente, el deducible que se aplicará será el indicado en la carátula para accidente.

6.3 Del coaseguro.

Aplicará en cada reclamación procedente por accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria, una vez descontado el deducible contratado.

6.4 Del tope de coaseguro.

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

6.5 Del criterio de aplicación de deducible, coaseguro y tope de coaseguro.

De la reclamación que presente el asegurado se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza y condiciones generales que delimiten los gastos que de acuerdo a la póliza están cubiertos.

A la cantidad resultante en el párrafo anterior, se le descontarán las participaciones establecidas como deducible y coaseguro que quedan a cargo del asegurado, en el siguiente orden: primero el deducible y a la cantidad restante el coaseguro, hasta el tope de coaseguro contratado. El monto resultante es el que queda a cargo de MAPFRE.

6.6 De la red hospitalaria.

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

En caso de optar por recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria diferente a la contratada, el coaseguro que se aplicará en el gasto hospitalario será el siguiente:

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

*pp= Puntos porcentuales

*Coa= Coaseguro

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

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

*TC= Tope de coaseguro

En caso de optar por recibir la atención en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro, el coaseguro en el gasto hospitalario será del máximo entre el contratado y cincuenta por ciento (50%) y no aplicará el tope de coaseguro contratado. Además de lo anterior, no podrá otorgarse los beneficios de pago directo y cirugía programada establecidos en la cláusula 6.9. Del pago directo de la presente sección.

6.7 De los honorarios médicos quirúrgicos.

El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos para territorio nacional será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado, conforme a lo establecido en la cláusula 4.1.2 Honorarios médicos de la sección 4. Gastos médicos cubiertos. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.

El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos para territorio internacional será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ciento nueve por ciento (109%), de acuerdo lo indicado en la cláusula 9.4.2 Enfermedades catastróficas en el extranjero y 9.4.3. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.

Este catálogo se puede consultar y descargar desde en nuestro portal www.mapfre.com.mx.

6.8 Del estado de atención.

Es aquel estado en el que el asegurado recibe la atención médica, en caso de optar por recibir la atención en un estado diferente al contratado, el coaseguro que se aplicará en el gasto hospitalario será el siguiente:

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

*pp = Puntos porcentuales

*Coa = Coaseguro

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

*Grupo 2: Nuevo León y Jalisco.

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

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

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

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

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

El cuadro anterior no aplica cuando el asegurado requiera la atención médica y/o quirúrgica derivada por un accidente o emergencia médica.

En caso de tener una penalización por atención en una red hospitalaria mayor y/o estado donde el asegurado reciba la atención aplicara el máximo entre el coaseguro contratado, la atención en una red hospitalaria mayor y el estado de contratación

6.9 Del pago directo.

Este beneficio se otorga para cubrir el gasto hospitalario que se derive por un padecimiento cubierto, siempre y cuando el asegurado cumpla con lo siguiente:

- 1) Se comunique a nuestro Contact Center a los teléfonos 5246 7502 desde el área metropolitana y al 01 800 36 500 24 desde el interior de la república, antes de ingresar al Hospital para solicitar este beneficio.
- 2) El asegurado opte por recibir la atención médica o quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada.
- 3) El motivo de la atención médica o quirúrgica sea derivado de una enfermedad, accidente o emergencia médica cubierta.
- 4) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención médica o quirúrgica rebasen el deducible contratado.

Si el asegurado no se comunica antes del ingreso hospitalario, se podrá otorgar el pago directo, solo si se trata de un accidente o emergencia médica, de acuerdo a lo establecido en la sección 1. Definiciones.

Este beneficio se extiende a la Cirugía Programada, la cual se otorgará al asegurado siempre y cumpla con lo siguiente:

- 1) El asegurado opte por recibir la atención quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada.
- 2) Envíe a MAPFRE con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital elegido, los siguientes documentos:
 - a. Informe médico
 - b. Aviso de accidente y/o enfermedad
 - c. Resultado de los estudios de apoyo de diagnóstico practicados y en caso

de haberse realizado estudios radiológicos, enviar una copia de dicha interpretación.

- 3) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención quirúrgica programados, deberán de rebasar el deducible contratado.
- 4) Notifique con al menos un día de anticipación a la fecha de admisión, aquellos tratamientos médicos o quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los autorizados previamente.

El beneficio de pago directo se podrá otorgar para la cobertura opcional con costo 9.4.3 Internacional, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en los puntos antes mencionados.

En caso de optar por los beneficios de pago directo y cirugía programada, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental.

6.10 Del pago vía reembolso.

Se otorgará al asegurado cuando:

- 1) No se haya comunicado a nuestro Contact Center antes de ingresar al Hospital para solicitar el beneficio pago directo y no se trate de un accidente o emergencia médica.
- 2) Se realice tratamientos quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los notificados para "Cirugía programada" y no haya dado aviso de dicho cambio.
- 3) Se traten de gastos realizados por tratamientos médicos o gastos complementarios a la atención quirúrgica.
- 4) Al momento de la atención quirúrgica la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, siempre y cuando el pago de la prima no se realice por Domiciliación Bancaria y la póliza no presente periodo al descubierto.
- 5) Opte por recibir la atención quirúrgica con médicos y hospitales que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro.

Si el asegurado opta por el pago vía reembolso de las atenciones quirúrgicas recibidas, el gasto hospitalario se indemnizará aplicando el deducible contratado para la cobertura elemental, el coaseguro que se aplicará es el máximo entre el porcentaje a aplicar de acuerdo a la red hospitalaria y el estado donde recibió la atención y el treinta por ciento (30%) y sin aplicar tope de coaseguro.

En caso de solicitarse el pago vía reembolso de gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos, consultas médicas o gastos complementarios a la atención quirúrgica, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental.

7. Exclusiones

Esta póliza no cubre gastos erogados como consecuencia de:

- A. Padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en la 9.2.3 y 9.2.4 de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.**
- B. Malformaciones o padecimientos congénitos, salvo lo estipulado en la cláusula 4.1.6 de la sección 4. Gastos médicos cubiertos.**
- C. Tratamientos psiquiátricos, psicológicos y psíquicos, salvo lo estipulado en la cláusula 9.3.2 de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.**
- D. Estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.**
- E. Complicaciones de padecimientos no cubiertos, salvo lo estipulado en la cláusula 9.2.1 de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.**
- F. Alteraciones del sueño, salvo lo mencionado en la cláusula 5.5 de la sección 5. Gastos médicos cubiertos con período de espera.**
- G. Padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol, salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.**
- H. Calvicie, anorexia, bulimia, acné y nevus, cualquiera que sea su causa.**
- I. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o para control de obesidad, cualquiera que sea su causa.**

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

K. Gastos por atención y consultas médicas de rutina de recién nacidos, de manera enunciativa más no limitativa: incubadora, cunero, pediatra, circuncisión, control prenatal, chequeos, atención del niño sano, salvo lo estipulado en la cláusula 9.5.4 Maternidad de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.

L. En el caso de trasplante de órganos, no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de complicación derivada de éste.

Tampoco se cubrirán gratificaciones o remuneraciones de ninguna índole que llegará a recibir el donador.

M. Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, cualquiera que sea su causa.

N. Anteojos y lentes de contacto.

O. Tratamiento con fines profilácticos y preventivos, vacunas, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, los medicamentos para la disfunción eréctil (salvo que éstos se presenten como complicación de una enfermedad cubierta por la póliza)

P. Productos que funcionan como complemento alimenticio, de manera enunciativa más no limitativa: vitaminas, proteínas, leches y fórmulas lácteas.

Q. Sustancias, suplementos o medicamentos no autorizados en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo a pesar contar con la aprobación por la FDA, excepto si son

suministrados al recibir la atención en Estados Unidos de acuerdo a lo estipulado en las cláusulas, 9.4.1 Emergencia en el extranjero, 9.4.2 Enfermedades Catastróficas en el extranjero y 9.4.3 Internacional en la sección 9. Coberturas opcionales con costo.

- R. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, medicina biológica, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación, así como medicamentos de acción y terapia celular, excepto las atenciones de: homeópatas, acupunturistas, quiroprácticos, psicólogos y psiquiatras estipuladas en la cláusulas 9.3.1 Acupuntura, homeopatía y/o quiropráctico y 9.3.2 Psicólogos y/o psiquiatras en la sección 9. Coberturas opcionales con costo.
- S. Tratamientos que requiera el asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir el periodo de espera estipulado en la cláusula 5.6 de la sección 5. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con el periodo de espera estipulado en la cláusula 5.6 de la sección 5. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera.

Además de lo mencionado en el párrafo anterior, no se cubrirán los gastos derivados de cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.

- T. Cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato, salvo lo estipulado en la cláusula 9.2.1 Complicaciones de gastos no cubiertos de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.

- U. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.**
- V. Gastos no relacionados con el tratamiento médico, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos, y dermocosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites de cualquier tipo ante registro civil.**
- W. Suicidio o intento de suicidio, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- X. Lesiones auto-infligidas, mutilación y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida,**
- Y. Lesiones aun cuando se cometan en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.**
- Z. Reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la cláusula 9.1.1 de la sección 9. Coberturas opcionales con costo.**
- AA. Lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, salvo las lesiones producidas por asalto que hayan sido notificadas al Ministerio Público.**
- BB. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte, salvo pacto en contrario.**

- CC.** Lesiones producidas como consecuencia de la práctica, ya sea profesional o amateur, de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, salto de bungee, lucha grecorromana, espeleología, box y tauromaquia.
- DD.** Homicidio cuando resulte de la participación directa del asegurado en actos delictuosos intencionales.
- EE.** Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.
- FF.** Cirugías estéticas o reconstructivas ni las complicaciones que deriven de las mismas, salvo lo estipulado en las cláusulas 9.1.4 Tratamientos reconstructivos y estéticos y 9.2.1 Complicaciones de gastos no cubiertos de la sección 9. Coberturas opcionales con costo, de manera enunciativa más no limitativa: cirugía nasal estética, implantes mamarios, reducción mamaria cualquiera que sea su origen, causa o consecuencia, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética.
- GG.** Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 4. Gastos médicos cubiertos.
- HH.** Responsabilidad civil del médico de cualquier carácter jurídico derivada del servicio recibido.
- II.** Los gastos por honorarios médicos y/u honorarios quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.
- JJ.** Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
- KK.** Las propias mencionadas en la descripción de coberturas contenidas en las presentes condiciones generales.

LL. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyo primer gasto para diagnóstico o tratamiento se haya realizado antes de cumplirse el periodo de espera estipulado en la sección 5. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.

MM. Gastos por uso de aeropuerto, en caso de requerir la ambulancia aérea.

NN. Procedimientos de vanguardia.

8. Riesgos no amparados por el contrato.

8.1 Riesgos

El presente contrato no ampara las lesiones que sufran los asegurados, salvo que sean solicitados por convenio expreso y por escrito:

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

En caso de aceptar los riesgos, MAPFRE cobrará la extraprima correspondiente; en caso contrario, excluirá los siniestros derivados del riesgo mediante un endoso a la póliza.

8.2 Ocupación

En caso de que el asegurado cambie su ocupación a una diferente a la que tenía al momento de contratar su póliza y que conlleve a un riesgo diferente al aceptado inicialmente, deberá avisar por escrito a MAPFRE y ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación.

Si MAPFRE acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo mediante un endoso a la póliza.

Si el asegurado no avisa por escrito a MAPFRE, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

9. Coberturas opcionales con costo

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

Todas las coberturas opcionales con costo están sujetas a las condiciones y exclusiones generales de la póliza.

9.1 Tu recuperación

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.1.1 Prótesis y aparatos ortopédicos.

Esta cobertura amparan los gastos erogados que resulten de aparatos ortopédicos y prótesis hasta la suma asegurada contratada, siempre y cuando se requieran durante la vigencia de la póliza como consecuencia de un padecimiento cubierto.

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

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

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

9.1.2 Rehabilitaciones.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por dicho concepto siempre y cuando cumplan con lo establecido en la definición contenida en la sección 1. Definiciones y sean:

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

9.1.3 Tratamientos dentales.

Esta cobertura ampara bajo previa autorización de MAPFRE, los gastos erogados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, siempre y cuando se requieran como consecuencia directa de: un accidente cubierto o una complicación de una enfermedad cubierta.

9.1.4 Tratamientos reconstructivos y estéticos.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por tratamientos reconstructivos de carácter estéticos o plásticos, siempre y cuando, resulten indispensables y sean a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

9.2 Tu recuperación plus

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.2.1 Complicaciones de gastos no cubiertos.

Esta cobertura ampara en territorio nacional, los gastos erogados a consecuencia de cualquier emergencia médica por la complicación de los siguientes tratamientos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, hasta la estabilización y/o control de la emergencia médica, el periodo de beneficio o hasta la suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

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

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando cumplan con la definición de emergencia médica establecida en la sección 1. Definiciones.

Para esta cobertura se aplicará la suma asegurada para esta cobertura indicada en la caratula de la póliza aplicando el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura elemental.

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

a) Gastos originados por emergencia médica de padecimientos preexistentes.

9.2.2 Procedimientos de vanguardia.

Esta cobertura ampara en territorio nacional, los gastos erogados por los procedimientos o tratamientos, medicamentos y estudios diagnósticos que cumpla con la definición establecida en la sección 1. Definiciones, siempre y cuando esté aprobado por la FDA o COFEPRIS y se cuente con previa autorización de MAPFRE.

Se aplicará por concepto de coaseguro el treinta por ciento (30%) o el contratado para la cobertura elemental, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro.

El periodo para considerar de vanguardia seria para Medicamentos 5 años a partir de su autorización por la FDA. Tratamientos, procedimientos y estudios diagnósticos 2 años a partir de su autorización por la FDA.

9.2.3 Padecimientos preexistentes declarados.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por padecimientos preexistentes declarados por los asegurados en la solicitud o aquellos padecimientos que sean excluidos explícitamente mediante un endoso al momento de contratar la póliza, siempre y cuando cumplan con lo siguiente:

1. No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos a consecuencia de los padecimientos preexistentes declarados durante los veinticuatro (24) meses de cobertura continua e ininterrumpida por el presente seguro, este periodo comenzará a transcurrir a partir de la fecha en que el asegurado haya declarado el padecimiento preexistente a MAPFRE en la solicitud.
2. Los padecimientos preexistentes declarados no se encuentren excluidos por las presentes condiciones generales.
3. El asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente declarado al término de los veinticuatro (24) meses antes mencionados.
4. Una vez transcurrido el periodo indicado en el punto anterior, el asegurado deberá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados, a través de la eliminación del endoso de exclusión, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento preexistente declarado excluido. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento preexistente declarado.

Además de los puntos anteriores, MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria para valorar la eliminación del endoso de exclusión, dichos gastos generados por los estudios médicos, de laboratorio, o cualquier otro necesarios para la comprobación y/o valoración de los padecimientos preexistentes declarados, correrán a cargo del asegurado.

Después de la valoración, MAPFRE dictaminará la aceptación o no de los padecimientos declarados. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental.

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

9.2.4 Padecimientos preexistentes no declarados.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por los asegurados en la solicitud, siempre y cuando cumplan con lo siguiente:

1. No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos a consecuencia de los padecimientos preexistentes no declarados durante los sesenta (60)

meses de cobertura continua e ininterrumpida por el presente seguro, este periodo comenzará a transcurrir desde la contratación de la póliza o inclusión a la misma.

2. Los padecimientos preexistentes no declarados, no se encuentren explícitamente excluidos por las presentes condiciones generales.
3. El asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente no declarado al término de los sesenta meses (60) antes mencionados.
4. Una vez transcurrido el periodo anterior, el asegurado deberá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados, a través de la eliminación del endoso de exclusión, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento preexistente no declarado. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento preexistente no declarado.

Además de los puntos anteriores, MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria para valorar la eliminación del endoso de exclusión, dichos gastos generados por los estudios médicos, de laboratorio, o cualquier otro necesarios para la comprobación y/o valoración de los padecimientos preexistentes no declarados, correrán a cargo del asegurado.

Después de la valoración, MAPFRE dictaminará la aceptación o no de los padecimientos no declarados. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes no declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental, la suma asegurada se indicará en la carátula de la póliza.

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

9.3 Tú atención alternativa

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.3.1 Acupuntura, homeopatía y/o quiropráctico.

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por atención de acupuntura, homeopatía y/o quiropráctico, siempre y cuando cumplan con la definición establecida en la sección 1. Definiciones y se cumpla con los siguientes requisitos:

1. El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo a la opción y estado contratado. En caso de requerirse, MAPFRE pagará hasta lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
2. Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada cuatro

- (4) meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.
3. El costo por concepto de quiroprácticos, serán cubiertos únicamente si son realizados para la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
4. La atención se podrán realizar de forma paralela con tratamientos médicos y quirúrgicos.

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

a) Los gastos erogados por tratamientos con acupuntura que exceda de los doce (12) meses contados a partir de la fecha de la primera consulta.

9.3.2 Psiquiatra y/o psicólogo.

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

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

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

Para seguir contando con la atención se deberá entregar una actualización del informe médico o de tratamiento por lo menos cada seis (6) meses, donde se describa evolución y pronóstico del paciente, en caso de no entregarlo se dará por terminado el beneficio.

Además esta cobertura ampara los medicamentos necesarios para el tratamiento psiquiatra y/o psicológico hasta por dos (2) años contados a partir de la fecha de la primera consulta o hasta un monto máximo de setenta mil pesos (\$70,000.00).

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

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

- a) Los honorarios del médico psiquiatra o psicólogo y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con los documentos oficiales que lo acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).**

9.4 Donde tú vayas

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.4.1 Emergencia en el extranjero

Esta cobertura ampara los gastos originados por una emergencia médica en el extranjero hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura o hasta un período máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado o hasta el término de la emergencia médica, lo que ocurra primero.

Es importante señalar que la emergencia médica termina cuando el asegurado sale de la situación médica crítica que pone en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano del asegurado.

El límite de edad de aceptación es el establecido en la cláusula 10.1.8 Edad de la sección 10. Cláusulas generales, excepto para recién nacidos se podrá contratar a partir de los treinta y un (31) días de nacido.

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

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

La indemnización de esta cobertura podrá solicitarse de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 6.9 Del pago directo y 6.10 Del reembolso.

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

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

9.4.2 Enfermedades catastróficas en el extranjero

Esta cobertura ampara la atención del asegurado en los Estados Unidos de América en los siguientes casos:

1. Al ser diagnosticado con una enfermedad neurológica y neuroquirúrgica, incluyendo los accidentes cerebro vasculares.
2. El asegurado requiera de una cirugía cardíaca y angioplastia.
3. El asegurado requiera tratamiento para el cáncer, incluyendo las quimioterapias y radioterapias.
4. El asegurado requiera un trasplante de algún órgano.
5. El asegurado requiera tratamiento médico quirúrgico derivado de un trauma mayor (politraumatismo), incluyendo las rehabilitaciones derivadas del mismo.
6. El asegurado requiera tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

El límite de edad de aceptación es el establecido en la cláusula 10.1.8 Edad de la sección 10. Cláusulas generales, excepto para recién nacidos se podrá contratar a partir de los treinta y un (31) días de nacido.

Los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en las presentes pólizas, de acuerdo a los conceptos indicados en la caratula de la póliza.

Adicionalmente a los periodos de espera establecidos en la sección 5. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera, se deberá de cumplir el periodo de espera de la presente cobertura, el cual es de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

Se aplicará la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ciento nueve por ciento (109%).

Para los casos mencionado anteriormente, MAPFRE solicitará, además del diagnóstico hecho por un médico especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de auxiliares de diagnóstico en los que se haya basado el diagnóstico definitivo.

Para esta cobertura es requisito indispensable cumplir con lo establecido para cirugía programada en la cláusula 6.9. Del pago directo, si el asegurado no cumple con dichos requerimientos, los gastos que procedentes se indemnizarán vía

reembolso y serán reducidos al cincuenta por ciento (50%), una vez descontado el deducible y coaseguro aplicable. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ochenta por ciento (80%).

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

- a) Fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular por participar directamente en actos delictivos intencionales o debido a padecimientos preexistentes a la contratación de la presente cobertura.**
- b) No se cubren padecimientos preexistentes a la fecha de contratación de esta cobertura.**

9.4.3 Internacional

Esta cobertura ampara la atención médica y/u hospitalaria en el extranjero de acuerdo a lo establecido en límites y condiciones descritas en la presente póliza para territorio nacional, salvo que se mencione lo contrario.

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

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

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

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los sesenta y cinco (65) años de edad, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los setenta (70) años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la cláusula

10.1.3 Plan vitalicio de la sección 10. Cláusulas generales.

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

1. Los honorarios de médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ciento cuarenta por ciento (140%).
2. Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Medicamentos suministrados en el hospital, aquellos prescritos fuera del hospital se cubrirán solo el monto del medicamento, siempre que sean avalados para su uso y comercialización en el territorio nacional, sin incluir aquellos gastos relacionados con la conservación o transportación del medicamento.
4. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento proceda y se dé previo aviso a MAPFRE con un plazo de al menos cinco (5) días hábiles anteriores a su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique el padecimiento y tratamiento a realizar.

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con MAPFRE, cubriéndose los gastos erogados bajo las siguientes condiciones:

1. Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
2. En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados serán cubiertos de la siguiente manera:
 - a. El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta por ciento (30%). El tope de coaseguro en este caso no aplicará.
 - b. Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo al plan contratado adicionando un cincuenta por ciento (50%).

Si el asegurado una vez iniciado el tratamiento médico en Estados Unidos decide continuar con el dentro del territorio nacional, se aplicará la suma asegurada, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental.

9.5 Tu protección

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.5.1 Atención nacional total

Esta cobertura ampara los atención hospitalaria en cualquier estado de la República Mexicana diferente al estado de contratación de la póliza, aplicando el coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura elemental, por lo cual, el cuadro contenido en la cláusula 6.8. Del estado de atención, queda sin efecto.

Los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en las presentes pólizas.

Adicionalmente a los periodos de espera establecidos en la sección 5. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera se deberá de cumplir el periodo de espera de la presente cobertura, el cual es de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

9.5.2 Reducción de deducible por accidente.

Esta cobertura reduce el deducible contratado para la cobertura elemental para aquellos accidentes cubiertos, por lo cual, se amparan los gastos de acuerdo a lo establecido en la cláusula 6.2 Del deducible, considerando como deducible por accidente el establecido en la carátula de la póliza, este deducible sustituye al contratado para la cobertura elemental para accidentes.

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

9.5.3 Previsión

Esta cobertura extiende la cobertura de la póliza bajo los mismos términos contratados durante cuatro (4) años contados a partir del vencimiento del periodo en curso, en los siguientes casos:

1. Fallecimiento del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento cubierto durante la vigencia de la póliza, MAPFRE eximirá del pago de primas de la póliza bajo los mismos términos y condiciones, únicamente a los dependientes económicos del asegurado titular asegurados en esta póliza, durante cuatro (4) años a partir del vencimiento del período en curso.
2. Invalidez total y permanente del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento cubierto durante la vigencia de la póliza, MAPFRE eximirá del pago de primas de la póliza bajo los mismos términos y condiciones, al asegurado titular y a sus dependientes económicos asegurados en esta póliza, durante cuatro (4) años a partir del vencimiento del período en curso.

Los rangos de edad del asegurado titular para los cuales se cubrirán los beneficios antes descritos son los siguientes:

1. Fallecimiento: De dieciocho (18) hasta sesenta y cinco (65) años para pólizas nuevas y hasta setenta (70) años para renovaciones.
2. Invalidez total y permanente: De dieciocho (18) hasta cincuenta y nueve (59) años.

Las condiciones de la póliza como suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro y coberturas opcionales con costo contratadas sé que estaban vigentes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular, se mantendrán sin modificación durante los cuatro (4) años antes mencionados.

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

Invalidez Total y Permanente

Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de algún padecimiento cubierto, que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria, y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a seis (6) meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Se entiende por pérdida de las manos, su anquilosis o separación a nivel de la articulación Carpo-Metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación Tibio-Tarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total, y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Beneficio

Para que la invalidez se considere plenamente válida, es necesario que el padecimiento que da origen al estado de invalidez haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, quedando cubiertos por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro.

En caso de que la invalidez se dictamine con posterioridad al vencimiento del contrato, quedará cubierta, siempre y cuando entre la fecha de terminación del seguro y la del dictamen correspondiente no hayan transcurrido más de dos (2) años, el accidente y/o enfermedad origen de la invalidez esté cubierto por el contrato, que haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, y que el asegurado titular no haya estado activo laboralmente en dicho lapso.

El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como ser ratificado por el médico de MAPFRE, de acuerdo con las condiciones del asegurado titular al momento de la reclamación.

Pruebas

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

9.5.4 Maternidad

Esta cobertura ofrece los siguientes beneficios:

1. Indemnización del total de la suma asegurada contratada para este beneficio indicada en la caratula de póliza, sin aplicar deducible, coaseguro ni tope de coaseguro, se puede indemnizar en los siguientes casos:

- a) La asegurada cuente con al menos treinta y cuatro (34) semanas de gestación, siempre y cuando entregue a MAPFRE, después de este periodo; un ultrasonido que avale dicho periodo de gestación, el cual, corre a cargo de la asegurada. El ultrasonido debe ser realizado en una laboratorio debidamente certificado o en una institución de salud emitido en hoja membretada y con cédula del especialista radiólogo ultrasonografía.

Aplicando solamente para la indemnización uno de los casos antes citados.

El período de espera para esta cobertura es de diez (10) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma. El reconocimiento de antigüedad de otra aseguradora no aplica para esta cobertura.

En caso de modificaciones de suma asegurada para este beneficio, la suma asegurada que se indemnizará será la que se haya contratado al menos diez (10) meses antes, del evento final al que se llegue por embarazo.

2. Los gastos erogados hasta la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza por los siguientes conceptos:

- a) Los gastos erogados por cunero, atención pediátrica y enfermería para el recién nacido sano.
- b) Circuncisión para el recién nacido sano.

Dicha indemnización es hasta el límite máximo establecido en la carátula de la póliza sin aplicar deducible, coaseguro ni período de espera, el cual es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad, con un periodo máximo de reclamación de 30 días a partir del parto.

Esta cobertura solo opera en territorio nacional y franja fronteriza, y cuenta con un período de espera de diez (10) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma. El reconocimiento de antigüedad de otra aseguradora no aplica para esta cobertura.

La inclusión de esta cobertura dentro del seguro será para todas las aseguradas que cumplan con la edad de aceptación.

La edad de contratación en esta cobertura es a partir de los 18 años hasta los 44 años.

9.5.5 Enlace

Para la contratación de esta cobertura es indispensable contar con una póliza colectiva de MAPRE y se podrá contratar hasta treinta (30) después del inicio de vigencia de dicha póliza colectiva.

Esta cobertura ampara los gastos complementarios de un padecimiento cuyo primer gasto se origino durante la vigencia póliza de exceso

Dichos gastos complementarios realizados después de la separación de la colectividad se indemnizarán hasta la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza, siempre y cuando no estén explícitamente excluidos por la presente póliza.

9.5.6 Dental

Esta cobertura proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE, los servicios dentales de carácter correctivo que a continuación se mencionan, siempre y cuando sean requeridos a causa de una patología dental derivada por enfermedad o accidente, excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.

El plan Plata cubre:

1. Diagnóstico y plan de tratamiento.
2. Consulta de emergencia en horario normal (Horario de atención regular en los consultorios de la red de dentistas).
3. Radiología (Periapical, oclusal y aleta de mordida).
4. Operatoria Dental (Amalgamas y resinas).
5. Cirugía Dental (Extracción simple y de restos radiculares expuestos).
6. Cirugía Avanzada
7. Endodoncia

El plan Oro cubre:

8. Los beneficios contenidos en el plan Plata.
9. Terceros molares
10. Prótesis

El proceso para presentar una reclamación es:

1. El asegurado elegirá al Odontólogo de red de tu preferencia y solicita una cita.
2. En el consultorio o clínica elegida el asegurado deberá mostrar su identificación oficial (INE).
3. El odontólogo recabará los datos generales del asegurado y solicitará

confirmación del servicio con el proveedor del servicio, una vez confirmado se realizará el diagnóstico y explica el plan de tratamiento.

4. El asegurado firma de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.
5. El odontólogo complementa su diagnóstico y envía al proveedor los tratamientos realizados para su pago.

La suma asegurada, el deducible y coaseguro para el plan contratado se estipularan en el anexo "Dental y visión" que se entregará en conjunto con la caratula de la póliza.

La red de odontólogos estará disponible en www.mapfre.com.mx

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

- a) Gastos y atenciones cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.**
- b) Medicamentos, anestesia general o sedaciones.**
- c) Gastos hospitalarios.**
- d) Tratamientos y erogaciones fuera del territorio Nacional.**
- e) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**
- f) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.**
- g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de naturaleza experimental o de investigación.**
- h) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético como restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.**

- i) Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de la cobertura del plan.**
- j) Resinas en dientes posteriores en adulto o las afecciones resultantes por la aplicación de este tratamiento.**
- k) Los tratamientos de las Especialidades no cubiertas como: Endodoncia, Cirugía (Excepto la Extracción simple y Extracción de restos radiculares o raíces expuestas), Prótesis, Ortodoncia, Cosmética Dental, Periodoncia y Cirugía Ortognática.**

9.5.7 Visión

Esta cobertura proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE, los siguientes servicios optométricos correctivos:

El plan Plata y Oro cubren:

- 1. Consulta optométrica.
- 2. Paquete: Armazón oftálmico, incluye plásticos Ultralite CR-39 monofocales o bifocales Flat Top L-28.
- 3. Estuche de tela.
- 4. Lentes de contacto oftálmicos graduados (producto para 1 año de 1 par de suaves ó 4 cajas de frecuent y no cosméticos).
- 5. Solución Multiplus Ultra 120ml.
- 6. Estuche para lente de contacto básico.

El proceso para presentar una reclamación es:

- 1. El asegurado elige la Óptica de su preferencia.
- 2. En el consultorio elegido, el asegurado deberá mostrar su identificación oficial (INE).
- 3. El Optometrista recaba los datos generales del asegurado y solicitará la confirmación del servicio.
- 4. El Optometrista realiza la consulta optométrica y recomienda el producto adecuado para el asegurado.
- 5. El Optometrista explica las condiciones del plan contratado y muestra los productos que cubre el plan al asegurado.
- 6. El Optometrista realiza la orden de trabajo y notifica al asegurado la fecha de entrega del producto adquirido.
- 7. El plan de visión autoriza únicamente un (anteojos ó lentes de contacto) por asegurado por año póliza.
- 8. No aplica el reembolso por dichos gastos.

La suma asegurada, el deducible y coaseguro para el plan contratado se estipularan

en el anexo “Dental y visión” que se entregará en conjunto con la caratula de la póliza.

El directorio de red de Ópticas estará disponible en www.mapfre.com.mx

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

- a) Atención fuera de la República Mexicana.**
- b) Todos los gastos realizados por el asegurado por cualquier cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.**
- c) Cualquier tratamiento adicional a las micas no indicado en la cobertura del plan contratado.**
- d) Lentes de contacto denominados gas permeable.**
- e) Cualquier armazón mayor al tope en clave del plan contratado.**
- f) Cualquier reclamación presentada, de servicios realizados en ópticas fuera de red.**
- g) Lentes antisolares.**
- h) Toda atención de carácter preventivo.**

9.6 Tu soporte asistencial

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.6.1 Asistencia telefónica

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

1. Orientación médica en casos de accidentes o enfermedades.
2. Consulta médica para casos de padecimientos no graves.
3. Referencia de consulta médica domiciliaria.
4. Enlace y traslado en ambulancias terrestres vía reembolso siempre y cuando se requiera a causa de un padecimiento cubierto y rebase el deducible contratado.
5. Asesoría administrativa de hospitales de red y red preferente, médicos de

- red y red preferente, así como médicos supervisores de MAPFRE.
6. Referencia sobre consultorios médicos, laboratorios de análisis, diagnóstico y patología, ópticas y farmacias.

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

9.6.2 Asistencia en viajes

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

El tiempo antes mencionado solo operará para la Asistencia Médica por Enfermedad o Accidente del asegurado en el Extranjero.

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

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

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

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

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

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

- a) **Transporte o repatriación en caso de lesiones corporales o enfermedad.**
Se satisfarán los gastos de traslado en ambulancia terrestre, de terapia

intensiva, aérea o en el medio que considere más idóneo el médico que designe MAPFRE en coordinación con el médico tratante hasta el centro hospitalario adecuado o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual.

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

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

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

c) Desplazamiento y hospedaje de un pariente del asegurado. En caso de que la hospitalización por accidente y/o enfermedad fuese superior a cinco (5) días, MAPFRE cubrirá los siguientes gastos:

1. En territorio mexicano, el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte ágil, así como gastos de hospedaje a razón de \$ 800 pesos (ochocientos 00/100 m.n.) por cada día, con máximo de \$3,000 pesos (tres mil pesos 00/100 M.N.).
2. En el extranjero, el importe del viaje de ida y vuelta, así como el hospedaje a razón de 60 USD (sesenta dólares 00/100 USD) diarios, con un máximo de 600 USD (seiscientos dólares 00/100 USD).

d) Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un pariente cercano. Se abonarán los gastos de desplazamiento del asegurado cuando deba interrumpir el viaje por fallecimiento en territorio Mexicano de su cónyuge, padre, hijos o hermanos, hasta el lugar de inhumación, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

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

de 10,000 USD (diez mil dólares 00/100 USD) por cada asegurado, sin deducible ni coaseguro.

f) Asistencia dental de Emergencia. En caso de requerir el asegurado asistencia dental de emergencia, se sufragarán los gastos de atención de problemas odontológicos críticos hasta por 500 USD (quinientos dólares 00/100 USD) sin deducible ni coaseguro. Esta prestación se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria que requiera tratamiento de urgencia.

g) Prolongación del hospedaje del asegurado en el extranjero por accidente. Se cubrirán los gastos del hotel del asegurado cuando como resultado de un accidente y por prescripción médica, sea necesario prolongar el hospedaje en el extranjero por asistencia médica. Dichos gastos tendrán un límite de 60 USD (sesenta dólares 00/100 USD) diarios, con máximo de 600 USD (seiscientos dólares 00/100 USD).

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

1. Cuando el deceso ocurra en territorio mexicano, MAPFRE realizará los trámites necesarios y cubrirá los gastos de traslado e inhumación del cadáver al lugar de residencia respectivo en territorio nacional. El límite máximo a cubrir por los conceptos mencionados será de \$40,000 pesos (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.).
2. En caso de que el deceso ocurra en el extranjero, MAPFRE únicamente cubrirá los gastos de repatriación de los restos al lugar de residencia respectivo en territorio mexicano. El límite máximo por todos los conceptos mencionados será de 5,000 USD (cinco mil dólares 00/100 USD).

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

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

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

QUINTA. Exclusiones del servicio de Asistencia en Viaje:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.**
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**
- c) Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o alboroto popular.**
- d) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- e) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.**
- f) Los servicios que el asegurado haya contratado sin el previo consentimiento de MAPFRE.**
- g) Los gastos médicos u hospitalarios dentro del territorio mexicano.**
- h) Las lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.**
- i) La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.**
- j) La muerte o lesiones originadas directamente, de actos realizados por el asegurado con dolo o mala fe.**
- k) La asistencia y gastos producidos por accidentes que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para**

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, finalizando automáticamente en ese momento los beneficios de la misma.

determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

- l) La asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.**
- m) Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis y anteojos.**
- n) Los gastos de asistencia por embarazo, parto y/o sus complicaciones.**
- o) La asistencia y gastos derivadas de prácticas deportivas profesionales en competencias.**
- p) Los alimentos, bebidas, llamadas telefónicas y otros gastos adicionales a los de cargo de habitación en el caso de hospedaje.**

SEXTA. Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de las prestaciones garantizadas por este servicio, el asegurado solicitará a MAPFRE la asistencia correspondiente a los teléfonos (55) 5480 3814 (por cobrar del extranjero) y 01-800-71 913 00 (dentro de la república mexicana) las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, e indicará su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise. El importe de estas llamadas telefónicas será por cuenta de MAPFRE.

SÉPTIMA. Los servicios se prestarán:

- a) Directamente por MAPFRE o por terceros con quienes la misma contrate bajo su responsabilidad.**
- b) Salvo caso fortuito o fuerza mayor que lo impidan. Por ejemplo: Guerra o desastre natural.**

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

9.6.3 Hogar

Esta cobertura proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE, uno de los siguientes servicios: de plomería, cerrajería y albañilería, siempre y cuando sean requeridos porque el asegurado se encuentre con una incapacidad derivada enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza; se cubrirá hasta un evento en la vigencia de la póliza.

En caso de requerir la utilización de los servicios antes mencionados, el asegurado comunicarse a nuestro Contact Center las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, e indicar su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

9.6.4 Funeraria

Esta cobertura proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE para cada integrante de la póliza hasta un monto de veinticinco mil pesos (\$ 25,000 pesos 00/100 M.N.), los siguientes servicios:

1. Recolección del cadáver en el aeropuerto correspondiente. Se realizará la gestión para recoger el cadáver en el aeropuerto destino al que se realizó la repatriación.
2. Traslado funerario. Se efectuará el traslado del cuerpo, hasta el lugar de inhumación o residencia habitual o sala de velación que seleccionen los familiares.
3. Preparación estética del cuerpo. Se coordinará que se realice el embalsamamiento del cuerpo del asegurado fallecido.
4. Ataúd estándar. Se proporcionará el ataúd estándar donde el cuerpo del beneficiario fallecido se velará.
5. Sala de velación o velación en domicilio. Se coordinará la velación del asegurado fallecido en su domicilio particular o en la sala de velación, de acuerdo a la selección de los familiares.
6. Cremación del cuerpo o inhumación dentro de la localidad, municipio o zona conurbada. Se realizará los trámites para la cremación o inhumación del cuerpo del asegurado fallecido y gestionará lo necesario para cualquiera de estos dos (2) requerimientos, se realizará los trámites para la obtención de la urna y el nicho con título de propiedad, donde el costo de este último será a cargo de los familiares. En caso de cremación o inhumación, se facilitará el traslado del cuerpo del asegurado fallecido al panteón y se proporcionará la urna o ataúd estándar para el mismo.

Además de los beneficios anteriores, esta cobertura contempla lo siguiente:

1. Asesoría telefónica en trámites con hospitales, autoridades civiles, sanitarias y registro civil. Se asesorará a los familiares sobre los trámites necesarios ante las autoridades competentes por el fallecimiento de algún asegurado a efectos de inhumar o cremar el cuerpo.
2. Asistencia legal telefónica. Se atenderá telefónicamente las consultas que formule el beneficiario referente a: sucesiones, pensiones, seguros, reclamaciones a terceros y cualquier asunto relacionado con el fallecimiento.

para la cobertura de muerte accidental, sin aplica deducible ni coaseguro

Exclusiones del servicio de Asistencia Funeraria:

- 1. Los causados por mala fe del beneficiario.**
- 2. Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o tumulto.**
- 3. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- 4. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.**
- 5. Los servicios que el beneficiario haya contratado sin el previo consentimiento de la compañía.**
- 6. Los gastos médicos u hospitalarios.**
- 7. Los costos que deriven de actos de la autoridad o Ministerio público que intervengan.**
- 8. La muerte o lesiones originadas directamente de actos realizados por el asegurado con dolo a mala fe.**
- 9. Suicidio o intento de suicidio, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.**

En caso de requerir la utilización de los servicios antes mencionados, el asegurado comunicarse a nuestro Contact Center las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, e indicar su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

9.7 Tu escudo

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa y el pago de la prima correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicaran en la carátula de la póliza.

9.7.1 Enfermedades frecuentes

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza requiere tratamiento médico o quirúrgico en un hospital derivada de alguno de los siguientes eventos:

1. Apendicetomía
2. Amigdalotomía
3. Adenoidectomía
4. Hernio plastia de cualquier tipo
5. Colectectomía
6. Histerectomía
7. Litotripsia
8. Fractura de Hueso, excepto de pie, manos y nariz.

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad.
2. Estancia hospitalaria al menos de 48 horas para el tratamiento médico correspondiente, en caso de requerir el tratamiento quirúrgico no existirá tiempo mínimo de estancia hospitalaria.
3. Anexar, los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología u otro estudio que confirme el diagnóstico los cuales estarán a cargo del asegurado.

9.7.2 Enfermedades catastróficas

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Trasplantes
2. Infarto agudo al miocardio
3. Cirugía a corazón abierto
4. Insuficiencia renal
5. Politraumatismos
6. Quemaduras graves

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

9.7.3 Mujer

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Cáncer cérvico uterino
2. Cáncer de mama

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Se entiende como cáncer, aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, así como la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad.
2. Diagnóstico por primera vez en forma clínica y mediante un estudio a histopatológico a cargo del asegurado, entendiéndose este último como los documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico de cáncer maligno, la documentación debe fecharse y encontrarse debidamente firmada por un médico patólogo titulado y certificado por el consejo de especialidad, incluyendo las laminillas o tejidos preparados.

9.7.4 Hombre

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Infarto al miocardio
2. Parálisis de las extremidades

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Se entiende como infarto al miocardio, la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre valores normales de laboratorio. Para proceder al pago de la indemnización se requiere tratamiento hospitalario superior a 48 horas.

Se entiende como parálisis de las extremidades a la completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad.
2. En caso de reclamar infarto al miocardio, se deberá anexar al menos tres o más de los siguientes estudios a cargo del asegurado que confirmen dicho evento:
 - a. Historia del dolor torácico típico.
 - b. Electrocardiograma (ECG) con cambios nuevos que demuestran un infarto.
 - c. Diagnóstico de elevación de enzimas cardíacas CPK-MB.
 - d. Diagnóstico de elevación de la Troponina (T o I).

- e. Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.
- 3. En caso de reclamar parálisis de las extremidades, se deberá anexar la confirmación del estado emitido por un médico neurólogo, además de incluir uno o ambos de los siguientes estudios a cargo del asegurado: electromiografía y/o potenciales evocados somatosensoriales.

9.7.5 Cáncer

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Cáncer en cualquier órgano, excepto en la piel.

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Se entiende como cáncer, aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, así como la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad.
2. Diagnostico por primera vez en forma clínica y mediante un estudio histopatológico, entendiéndose este último como los documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico de cáncer maligno, la documentación debe fecharse y encontrarse debidamente firmada por un médico patólogo titulado y certificado por el consejo de especialidad, incluyendo las laminillas o tejidos preparados.

9.7.6 Infantil

Esta cobertura cubrirá hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si los asegurados menores a 12 años durante la vigencia de la póliza tienen un accidente de acuerdo a lo establecido en la sección 1. Definiciones.

Solo se cubrirá un evento durante la vigencia de la póliza.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad.
2. Documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico derivado del accidente, así como las facturas que comprueben dichos gastos.

9.7.7 Muerte accidental

Esta cobertura indemnizará a los beneficiarios designados hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza fallece de manera accidental, entendiéndose como fallecimiento accidental a la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado, que le origine directamente la muerte, siempre que ésta ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

En caso de no existir designación de beneficiarios, la indemnización correspondiente se realizará por sucesión testamentaria.

Especificaciones importantes de la presente cobertura:

“El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce (12) años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo.

La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe”. (Artículo 168, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Cuando el menor de edad tenga doce (12) años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo”. (Artículo 169, Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si como consecuencia del accidente sufrido por el asegurado y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados del asegurado fallecido, o a falta de éstos, a la sucesión del asegurado, el importe de la suma asegurada para esta cobertura.

Los asegurados que gocen de esta cobertura deberán otorgar su consentimiento para ser amparados por el beneficio de muerte accidental, de conformidad con lo indicado por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a la letra cita:

“El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación de beneficiario, así como la transmisión del beneficio del contrato,

para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres (3) últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora”.

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

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

9.7.8 Pérdidas orgánicas

Esta cobertura indemniza al asegurado en caso de que el asegurado, con motivo directo de accidente y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufra cualquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas en esta cobertura, de acuerdo a los porcentajes de la siguiente tabla.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES “A” POR LA PÉRDIDA DE:

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

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

Quando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o en varios accidentes, MAPFRE pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior al cien por ciento (100%) de la suma asegurada para esta cobertura.

9.8 Tus días seguros

Este bloque de coberturas ampara al menos uno de los siguientes conceptos, siempre y cuando estén indicados en la carátula de la póliza como amparados y si se realiza el pago de la primas correspondiente.

9.8.1 Hospitalización

Esta cobertura indemniza la renta diaria hasta por ciento ochenta (180) días o

el alta del asegurado, lo que pase primero, si durante la vigencia de la póliza el asegurado se viera precisado a internarse en un hospital privado para someterse a tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando sean requerido para el restablecimiento de la salud de un padecimiento cubierto y cumpla con el periodo de carencia contratado.

Periodo máximo de cobertura:

1. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se renueva ininterrumpidamente, se continuará pagando la renta diaria mientras el asegurado se encuentre hospitalizado hasta ciento ochenta (180) días contados a partir del inicio de la hospitalización o el alta hospitalaria, lo que pase primero.
2. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se da por terminada por cualquier causa, se le pagará la renta diaria hasta por un máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de terminación del contrato o el alta hospitalaria, lo que ocurra primero.

Solo se cubrirá dos (2) eventos durante la vigencia de la póliza.

9.8.2 Incapacidad

Esta cobertura indemniza la renta diaria hasta por cincuenta y dos (52) semanas o hasta el término de la incapacidad, lo que pase primero, si durante la vigencia de la póliza el asegurado sufriera una incapacidad temporal derivada de un padecimiento cubierto, siempre que la incapacidad cumpla con el periodo de carencia contratado.

Periodo máximo de cobertura:

1. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se renueva ininterrumpidamente, se continuará pagando la renta diaria hasta por cincuenta y dos (52) semanas contados a partir del inicio de la incapacidad temporal o el alta de la incapacidad temporal, lo que pase primero.
2. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se da por terminada por cualquier causa, se le pagará la renta diaria hasta por un máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de terminación del contrato o el alta de la incapacidad temporal, lo que ocurra primero.

Solo se cubrirá dos (2) eventos durante la vigencia de la póliza.

10. Cláusulas generales

10.1. Cláusulas de interés para el asegurado

10.1.1 Renovaciones

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

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

En la primera y ulteriores renovaciones el deducible, coaseguro, tope de coaseguro, suma asegurada y plan contratados permanecerán fijos a menos que se desee una modificación por parte del contratante y en tal caso, este debe notificarlo por escrito; esto no afectará los beneficios ganados por antigüedad del asegurado siempre y cuando el nuevo plan los contemple, dicho cambio estará sujeto a la presentación y aceptación de los requisitos de asegurabilidad que corresponda, salvo lo estipulado en la cláusula 10.1.3 Plan Vitalicio de la sección 10. Cláusulas generales.

Se perderá el derecho a la renovación en cualquier momento si MAPFRE descubre que hubo dolo o mala fe de acuerdo a lo señalado en la cláusula 10.3.5 de la sección 10. Cláusulas generales.

10.1.2 Renovación automática

MAPFRE otorgará al asegurado la renovación de su contrato en forma automática ofreciendo condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la sección 10a numeral 10.1.4, se aplicará de acuerdo a la edad del asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

MAPFRE se obliga a informar al contratante con al menos veinte (20) días de anticipación a la renovación de la póliza, las condiciones aplicables a la misma.

10.1.3 Plan Vitalicio

Si el asegurado contrata la póliza antes de edad sesenta (60) y la renueva de manera continua e ininterrumpida con MAPFRE, al llegar a edad sesenta y cinco (65) obtiene el beneficio de plan vitalicio, es decir, éste podrá continuar renovando su póliza de forma vitalicia en un plan de igual o menor amplitud (suma asegurada, tipo de hospital y coberturas adicionales) en el cual estuvo asegurado antes de iniciar con este beneficio.

Eventualmente, la suma asegurada y el deducible podrán actualizarse consecuencia de la inflación presentada en los servicios médicos, publicada por el Banco de México, de los últimos períodos, siempre y cuando, exista dentro de la oferta comercial de MAPFRE la opción de suma asegurada y deducible necesario de acuerdo al índice de inflación antes mencionado. El período a considerar para el cálculo de la inflación para el ajuste de la suma asegurada de la cobertura elemental será a partir de que el asegurado cumpla con las características para tener derecho al plan vitalicio o de la última actualización de suma asegurada obtenida con el plan vitalicio.

En ningún caso la suma asegurada podrá ser superior a la suma asegurada máxima

establecida en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

10.1.4 Primas

La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su ocupación, estado de contratación, suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, edad y sexo.

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

10.1.5 Comisión o compensación directa

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

10.1.6 Alta de asegurados

Los hijos de asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando el nacimiento se notifique a MAPFRE durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, que la madre tenga al menos diez (10) meses continuos de cobertura en la póliza al momento del nacimiento y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 10.3.1 Pago de primas.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de MAPFRE, una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes, y al pago de la prima de conformidad a la cláusula 10.3.1 Pago de primas.

Los hijos (as) de las hijas aseguradas que cumplan con los requisitos anteriores quedarán cubiertos hasta el término de la vigencia de la póliza.

Si el asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.

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

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

Una vez que MAPFRE acepte incluir al cónyuge, al hijo adoptivo o el personal doméstico, según sea el caso, deberá pagarse la prima correspondiente de acuerdo a la edad y sexo, de conformidad a la cláusula 10.3.1 Pago de primas.

10.1.7 Baja de asegurados

Causará baja de esta póliza cualquier asegurado que:

- a) Fallezca.
- b) Siendo cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del asegurado titular.
- c) Siendo hijos asegurados contraigan matrimonio o mayores a veinticinco (25) años.

En cualquier caso, los asegurados que causaron baja, podrán contratar otra póliza a su nombre, hasta por la misma suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro y coberturas adicionales, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que la nueva póliza se solicite dentro de los treinta (30) días siguientes a su baja respectiva. Si la póliza se solicita posteriormente a los treinta (30) días de la fecha en que causaron baja, los asegurados perderán la antigüedad reconocida y deberán presentar los requisitos de aceptación vigentes.

La fecha de baja a considerar será cuando se realice alguno de los eventos antes mencionados.

También causarán baja de la póliza los asegurados que solicite el contratante, para lo cual se obliga a comunicarlo por escrito a MAPFRE, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir de la fecha en que se reciba dicha notificación.

En caso de baja de cualquier asegurado durante la vigencia de la póliza no operará el Período de Beneficio.

- a) En caso de que el contratante solicite la baja de asegurados, dentro de los treinta (30) primeros días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.
- b) En caso de que el contratante solicite la baja de asegurados, después de los primeros treinta (30) días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá el cincuenta y seis por ciento (56%) de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del contratante.

En caso de siniestro abierto, se procederá a realizar la baja sin devolución de la prima antes mencionada.

10.1.8 Edad

El límite de edad de aceptación para nuevos asegurados es hasta los sesenta y cinco (65) años pudiendo renovarse hasta los setenta (70) años, excepto para las siguientes coberturas:

1. Para la cobertura de Fallecimiento accidental la edad de aceptación es de doce (12) a sesenta y cinco (65) años para nuevos asegurados y setenta (70) para renovaciones.
2. Para las coberturas Previsión MAPFRE, Hospitalización, Incapacidad temporal Hombre y Mujer, la edad de aceptación del titular es de dieciocho (18) a sesenta y cinco (65) años para nuevos asegurados y setenta (70) para renovaciones.
3. Para la cobertura de Emergencia en el extranjero y Enfermedades catastróficas en el extranjero, la edad de aceptación es a partir del día treinta y uno (31) para recién nacidos hasta los sesenta y cinco (65) años para nuevos asegurados y setenta (70) para renovaciones.
4. Para la cobertura de Maternidad la edad de aceptación es de dieciocho (18) a cuarenta (40) años para nuevos asegurados y cuarenta y cuatro (44) para renovaciones.

Por lo que respecta a los hijos, éstos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil o sean menores a veinte y cinco (25) años, siempre y cuando se cumpla con lo señalado en el apartado 1. Definiciones, para dependientes económicos.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y MAPFRE reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

“Artículo 172, Ley sobre el contrato del seguro: Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

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

IV.- Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

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

10.1.9 Período del Seguro

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

10.1.10 Período de Beneficio

Si la póliza no presenta un período al descubierto, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada padecimiento, sin que se aplique un período máximo de cobertura para estos pagos, hasta el agotamiento de la suma asegurada y de acuerdo con las condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si por causas atribuibles a MAPFRE se genera un período al descubierto, no será aplicable en perjuicio del asegurado.

Si la póliza se cancela por falta de pago, MAPFRE cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos y ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los treinta (30) días siguientes al vencimiento del recibo pendiente de pago, conforme a lo establecido en los Artículos 35, 36 y 37 de la Ley del Contrato del Seguro o hasta agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

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

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

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

En caso de cancelación de la póliza a solicitud del contratante; por omisiones o inexactas declaraciones conforme a lo señalado en la cláusula 10.3.5 o por agravación del riesgo conforme a lo señalado en la cláusula 10.1.12 o en caso de baja de un asegurado conforme a lo señalado en la cláusula 10.1.7, MAPFRE quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de la póliza, o a la fecha de baja del asegurado.

10.1.11 Terminación anticipada del contrato

Serán causa de terminación del presente contrato:

1. Omisiones o inexactas declaraciones. (Cláusula 10.3.5)
2. Agravación del Riesgo. (Cláusula 10.1.12)
3. Falta de pago de primas. (Cláusula 10.3.1)
4. A solicitud del contratante:

4.1 En caso de que el contratante solicite la cancelación de la póliza, dentro de los treinta (30) primeros días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

4.2 En caso de que el contratante decida dar por terminado el contrato después de los primeros treinta (30) días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá el cincuenta y seis (56%) de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

Dicha prima será devuelta cuando el contratante solicite por escrito la cancelación de la póliza por el mismo medio en el que la contrató.

En caso de siniestro abierto, se procederá a realizar la cancelación de la póliza sin devolución de la prima antes mencionada.

10.1.12 Agravación del Riesgo

Las obligaciones de MAPFRE cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los artículos 52, 53 fracción I y II, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“Artículo 52: El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53: Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 60: En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 70: Las obligaciones de MAPFRE quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.”

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

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

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que MAPFRE tenga conocimiento de que el nombre del (de los) contratante(s), asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

10.1.13. Rehabilitación de Póliza

10.1.13.1 Rehabilitación sin pérdida de beneficios y antigüedad

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas como se prevé en la cláusula 10.3.1, éste puede ser rehabilitado sin pérdida de beneficios, siempre y cuando no hayan transcurrido más de quince (15) días naturales una vez concluido el periodo de gracia y que el contratante lo solicite por escrito a MAPFRE, en cualquier momento de dicho lapso.

10.1.13.2 Rehabilitación con pérdida de beneficios y antigüedad

La póliza se podrá rehabilitar con pérdida de beneficios y antigüedad a partir de los cuarenta y seis (46) días naturales y hasta los noventa (90) días naturales después de concluido el periodo de gracia, siempre y cuando el contratante lo solicite por escrito a MAPFRE en cualquier momento de dicho lapso.

En ningún caso MAPFRE pagará las reclamaciones por padecimientos cuyos síntomas o signos se hayan iniciado antes de la rehabilitación de la póliza, ni los gastos erogados en dicho periodo por cualquier padecimiento.

Los periodos de espera indicados en la sección 5. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera, comenzaran a contar a partir del día y la hora en que surta efecto la rehabilitación.

La póliza se considerará rehabilitada con las características mencionadas en los numerales 10.1.13.1 y 10.1.13.2 a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago de la prima o fracción de ella.

10.1.14. Examen Médico

MAPFRE podrá solicitar al asegurado la realización de exámenes médicos, de laboratorio, gabinete, imagenología o cualquier información médica requerida para la valoración del riesgo.

Al asegurado que se hubiera sometido a los exámenes referidos en el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

10.2 Cláusulas Operativas

10.2.1 Territorialidad

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

10.2.2 Residencia

Para efectos de este contrato, solo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la república mexicana.

10.3 Cláusulas Contractuales

10.3.1 Pago de primas

El contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones correspondientes.

A las doce (12) horas del último día del período a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción correspondiente.

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

En caso de que el contratante y/o asegurado hubiera manifestado su consentimiento previo y por escrito, el importe de la prima podrá ser pagado mediante depósito bancario o cargo a tarjeta de crédito o cargo a cuenta de cheques. El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

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

En el período de gracia no operará el pago directo, salvo lo estipulado en la cláusula 6.9 Del pago directo de la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

10.3.2 Requerimiento de documentación

MAPFRE podrá solicitar al asegurado o beneficiario la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, así como la corroboración de diagnóstico o procedimiento, de conformidad con los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a la letra citan:

“Artículo 69: La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70: Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.”

10.3.3 Competencia

Si para los casos previstos en la cláusula 10.3.10, la sección 10. Cláusulas generales, el reclamante no opta por el arbitraje previsto en la misma, así como para cualquier otro no contemplado en tal cláusula, podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

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

10.3.4 Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, tal como lo previene el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

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

“Artículo 81: Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I.- En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82: El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión,

falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

10.3.5 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante y asegurados están obligados a declarar por escrito a MAPFRE, de acuerdo con la solicitud y cuestionario respectivos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

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

“Artículo 8: El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9: Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10: Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

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

10.3.6 Moneda

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

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

10.3.7 Otros Seguros

Si al momento de la reclamación por algún padecimiento, las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el asegurado no podrá recibir más del cien por ciento (100%) de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

10.3.8 Notificaciones

De acuerdo al artículo 66 de la Ley del Contrato de Seguro:

“Artículo 66: Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

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

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

10.3.9 Interés Moratorio

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

“Artículo 71: El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta (30) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos

en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco (365) y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión

le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

10.3.10 Arbitraje Médico

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

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

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

10.3.11 Subrogación

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

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

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

10.3.12 Entrega de información

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

1. De manera personal al momento de contratar el seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que MAPFRE utilice para el efecto pudiendo ser correo certificado o correo ordinario.
3. A través de: la página de internet www.mapfre.com.mx, al teléfono 52300 7000 o el correo electrónico que se encuentra en la página oficial de MAPFRE o bien,
4. Al correo electrónico indicado por el contratante en la solicitud del seguro.

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

Si el asegurado y/o contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos 5230 7000 en la Ciudad de México, o al 01 800 0 MAPFRE (627 373) para el resto de la república mexicana, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.mapfre.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

10.3.13 Modificaciones al contrato

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

“Artículo 25: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

10.3.14 Unidades de atención al asegurado

MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, con número de teléfono: 5230 7090 o 01 800 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, con correo electrónico une@mapfre.com.mx

Así como, el asegurado podrá acudir a la COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) Domicilio: Avenida Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P. 03100. Teléfono: En el D.F. al 5340-0999 y dentro de la república al 01-800-999-8080. Página web: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

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 30 de junio de 2017, con el número PPAQ-S0041-0048-2017 /CONDUSEF-002265-01.





 **MAPFRE**

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

CIUDAD DE MÉXICO Y ÁREA METROPOLITANA
(55) 5230 7021

INTERIOR DE LA REPÚBLICA
01800 062 7373

www.mapfre.com.mx



PROTECCIÓN MÉDICA

A TU MEDIDA

 **MAPFRE**