

## CONDICIONES GENERALES

# SEGURO COLECTIVO INDEMNIZATORIO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES





## CONDICIONES GENERALES

SEGURO COLECTIVO  
INDEMNIZATORIO DE  
ACCIDENTES Y  
ENFERMEDADES

## ÍNDICE

1. Definiciones.....	3
2. Objeto del Seguro.....	7
3. Contrato de Seguro.....	7
4. Cobertura Básica.....	7
5. Exclusiones Generales.....	8
6. Coberturas Adicionales con costo.....	10
6.1 Coberturas Adicionales por Cáncer.....	13
6.2. Coberturas Adicionales con Límite de Eventos por Vigencia.....	14
6.3 Coberturas Adicionales por Accidente.....	32
7. Servicios Adicionales con Costo.....	42
8. Cláusulas Generales.....	46
9. Cláusulas Operativas.....	53
10. Cláusulas Contractuales.....	53
11. Anexo de Leyes.....	58

## 1. DEFINICIONES

**1.1 MAPFRE.** En lo sucesivo se entenderá a la Aseguradora **MAPFRE México, S.A.**

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

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

- 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.

**1.3 ASEGUROADO.** Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado, pudiendo ser Asegurado titular o dependiente económico.

**1.4 ASEGUROADO 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.

**1.5 CÁNCER.** Es la 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 las metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorio.

**1.6 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.

**1.7 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.

**1.8 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.

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

**1.10 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN.** Se entiende por día de hospitalización, las 24 horas continuas en que el asegurado se encuentre internado en un hospital.

**1.11 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.

**1.12 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.

**1.13 ENFERMEDAD PREEXISTENTE.** Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento que cumpla con los siguientes puntos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicha 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;

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

**1.15 ESTABILIZACIÓN MÉDICA.** Salir de la situación crítica del estado agudo del accidente o enfermedad manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros aceptables.

**1.16 ETAPA IV.** En las coberturas de “Diagnóstico de cáncer de mama” y “Diagnóstico por cáncer cervico uterino” se entiende por Etapa IV cuando las células cancerosas se han diseminado a otros tejidos del cuerpo (huesos, pulmones, hígado o cerebro), y también localmente a la piel y a los ganglios linfáticos del cuello y clavícula.

**1.17 EVENTO.** Se considera como un solo evento a todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de una enfermedad, accidente y/o tratamiento, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

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

**1.19 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.

**1.20 INCAPACIDAD PARCIAL.** Es la limitación de una o varias funciones orgánicas, intelectuales o psíquicas que provoca en el trabajador una disminución no inferior al 33% de su rendimiento normal en su profesión habitual. Esta disminución en la capacidad para realizar su profesión habitual, no le impide la realización de las tareas fundamentales de la misma.

**1.21 INCAPACIDAD TOTAL.** Es aquella que invalida al trabajador para realizar las tareas fundamentales de su profesión habitual, pero que no le impide la realización de otras actividades.

**1.22 INDEMNIZACIÓN DIARIA.** Es la cantidad de dinero que **MAPFRE** pagará al asegurado.

**1.23 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** Se entiende por intervención quirúrgica, toda intervención (en quirófano utilizando anestesia y material quirúrgico) realizado por médicos certificados en la materia (cirugía en cualquiera de sus especialidades), cuyo fin único será dar solución definitiva a una lesión.

**1.24 MATERNIDAD.** Es el evento final al que se llegue por embarazo trátese de parto o cesárea, así como las complicaciones durante el proceso de gestación.

**1.25 MÉDICO.** Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de 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.

**1.26 PERIODO AL DESCUBIERTO.** Tiempo durante el cual la póliza no está vigente. Empieza al terminar el Periodo de Gracia y termina al momento de recibir el pago de las primas vencidas. No se pagarán las reclamaciones por enfermedades o accidentes cuyos síntomas o signos se hayan iniciado durante este período. Al momento de originarse un período al descubierto de 30 o más días, el o los asegurados que estén incluidos en la póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando asegurados en la presente póliza, cesando los efectos del Contrato del Seguro.

**1.27 PERIODO DE CARENCIA.** Tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada asegurado en los padecimientos, de acuerdo a las condiciones generales y especiales del contrato.

**1.28 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 los eventos cubiertos con Período de Espera. Este período opera para cada Asegurado.

**1.29 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 periodo 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 periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o fracción pactada.

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

**1.31 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.** Se entenderá por procedimiento quirúrgico, a toda intervención quirúrgica para el tratamiento de una enfermedad o accidente.

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

**1.33 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.** Es el período de tiempo durante el cual el asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida por la presente póliza.

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

**1.34 SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

**1.35 SIGNOS.** Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente

**1.36 SINTOMAS.** Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente

**1.37 SUMA ASEGURADA.** Se define como el límite máximo de responsabilidad de **MAPFRE**, para cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto y se establece en la carátula de la póliza para aquellas coberturas amparadas.

**1.38 TRABAJO.** Es la actividad realizada de la cual se obtiene una remuneración económica compatible a los conocimientos y habilidades.

**1.39 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.

## 2. OBJETO DEL SEGURO

MAPFRE otorgará un monto a indemnizar a causa de un padecimiento, procedimiento quirúrgico y/o accidente específicamente amparado con base en las coberturas contratadas y especificadas en la carátula de la póliza mediante el pago de la prima correspondiente, siempre y cuando estos sean diagnosticados por un médico certificado y ocurridos durante la vigencia de la póliza bajo los lineamientos establecidos en las presentes condiciones generales, en la carátula de póliza y los endosos adheridos a la misma.

## 3. CONTRATO

El contrato de seguro está conformado por la solicitud que el contratante ha requisitado y se encuentra debidamente firmada, la carátula de póliza así como las presentes condiciones generales, los consentimientos de los asegurados debidamente firmados y entregado a MAPFRE, así como las cláusulas adicionales o endosos que formen parte de la póliza.

De acuerdo al Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado puede pedir rectificación sobre el contenido de su póliza dentro de los primeros 30 días a partir de que reciba la misma, en caso contrario, se consideran aceptadas las estipulaciones y modificaciones de la póliza.

Los agentes de seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones relacionados con el presente contrato de seguro.

## 4. COBERTURA BÁSICA

### 4.1 MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado y dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del mismo sobreviniere su muerte, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados o a falta de éstos, a la sucesión legal del asegurado, el importe de la suma asegurada contratada.

**En caso de que el asegurado tenga una edad menor a 12 años,** en lugar de otorgar la indemnización por Muerte Accidental, **MAPFRE** reembolsará los gastos relacionados directamente con el sepelio hasta la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, que en ningún caso podrá ser mayor a ciento cincuenta mil pesos mexicanos, a quien acredeite haber efectuado dichos gastos.

Se reembolsarán los gastos relacionados directamente con el sepelio por el monto especificado en la(s) factura(s) presentada(s) que en ningún caso será mayor a la suma asegurada contratada.

Quedarán cubiertos únicamente los gastos erogados por trámites administrativos, ataúd, gastos de embalsamamiento, cremación, servicio de velación y traslados del occiso, que en ningún caso será mayor a la suma asegurada contratada.

**Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:**

- Formato de reclamación.

- Reporte de accidente.
- Informe médico.
- Comprobante de domicilio (Solo en caso de contar con él)
- Del fallecido:
  - Original o copia certificada del acta de defunción.
  - Original o copia certificada del acta de nacimiento.
- De los beneficiarios:
  - Original o copia certificada del acta de matrimonio en caso de ser casado.
  - Original o copia certificada del acta de nacimiento.
  - Original o copia certificada de la identificación oficial (en caso de que el beneficiario sea mayor de edad).
  - Original o copia certificada del acta de defunción de los beneficiarios que en su caso hayan fallecido.
- Original de las actuaciones completas del Ministerio Público.
- Consentimiento con designación de beneficiarios o solicitud con designación de beneficiarios. En caso de no existir designación se pagará a la sucesión legal del asegurado para lo cual será necesario una copia certificada del testamento o del resultado del juicio sucesorio.
- Formato de identificación y conocimiento del cliente contra lavado de dinero y copia de la identificación oficial, en donde conste fotografía, domicilio y firma del portador.

## 5. EXCLUSIONES GENERALES

**Esta póliza no cubre gastos erogados como consecuencia de:**

- A. Padecimientos preexistentes así como sus complicaciones.
- B. Malformaciones o padecimientos congénitos.
- C. Alteraciones del sueño.
- D. 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 de 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.
- E. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicaamente.
- F. Lesiones autoinfligidas, intento de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- G. Cirugías de nariz y/o senos paranasales, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.

- H. Los gastos por honorarios médicos y/u honorarios quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
- I. 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, así como todos aquellos productos que funcionan como complemento alimenticio (vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas, etc.); aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa; así como toda sustancia, suplemento o medicamento no autorizado en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo.
- J. Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana.
- K. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- L. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado durante el periodo de espera o previo a la celebración del presente contrato, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- M. Cualquier gasto realizado por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización y traslados de éste, salvo la cama extra.
- N. Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).
- O. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos como sujeto activo del delito.
- P. Salvo pacto en contrario, las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
- Q. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica, ya sea profesional o amateur, de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, charrería, paracaidismo, vuelo delta, inmersión submarina, box, salto de bungee, lucha libre y grecorromana, espeleología, rafting, rappel, rugby, jet-ski y tauromaquia; o cualquier otro deporte similar o de alto riesgo.

- R. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante en cualquier vehículo durante competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.**
- S. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.**
- T. Enfermedades que aun cuando estén cubiertas no ameritaron tratamiento hospitalario.**
- U. Enfermedades o procedimientos distintos a los establecidos en las presentes condiciones generales.**
- V. Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- W. Enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- X. Riesgos nucleares o atómicos.**
- Y. Cuando el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional o amateur.**
- Z. Cuando el asegurado viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.**
- AA. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.**

## **6. COBERTURAS ADICIONALES**

Mediante la contratación de una o varias de las coberturas establecidas en la presente sección y a través del pago de la prima correspondiente, si una vez transcurrido el periodo de espera señalado para cada padecimiento, accidente y/o procedimiento quirúrgico, y durante la vigencia de la póliza, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico en un hospital público o privado dentro del Territorio Nacional, **MAPFRE** pagará conforme a lo indicado en cada cobertura, el monto de la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada padecimiento o procedimiento quirúrgico cubierto siempre y cuando se cuente con un diagnóstico médico definitivo; de acuerdo con lo siguiente:

- Si se trata de un padecimiento cubierto, que requiera tratamiento médico, se deberá tener una estancia mínima hospitalaria de al menos 48 horas para el tratamiento médico correspondiente.
- En caso de un procedimiento quirúrgico, no se requiere estancia mínima hospitalaria.
- En caso de accidente cubierto, se establecerá en cada cobertura conforme a su origen, si se requiere estancia hospitalaria mínima.

Los alcances, lineamientos, formas y requisitos de indemnización se establecen en cada una de las coberturas y para que las mismas tengan validez tendrán que establecerse como amparadas en la carátula de la póliza.

## 6.1 COBERTURAS ADICIONALES POR CÁNCER

### 6.1.1 CÁNCER GENERAL

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de cáncer por primera vez definido como la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas. La invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio histopatológico incluyendo laminillas o tejidos preparados.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato "Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores"
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

#### Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

### **6.1.2 DIAGNOSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

A través de la presente cobertura, se otorga a la asegurada la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de cáncer cérvico uterino por primera vez definido como la presencia de células cancerosas (malignas) en el cuello uterino, estas son caracterizadas por su proliferación, crecimiento descontrolado y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o su metástasis.

La Suma Asegurada se pagará en cuatro exhibiciones, de la siguiente manera:

- a) Se pagará el 10% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado.
- b) Se pagará el 30% de la Suma Asegurada, después de 3 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- c) Se pagará el 70% de la Suma Asegurada, después de 6 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- d) Se pagará el 100% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticada la Etapa IV\*, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Evidencia de la presencia de una neoplasia maligna.
- Estudio histopatológico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

#### **Especificaciones**

Esta cobertura solo puede ser contratada por asegurados de género femenino.

Solo se pagará un evento en la vida de la asegurada.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara el cáncer cérvico uterino en etapa I (IN SITU).**

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara el cáncer cuando se origine en una región diferente al útero.**

#### **6.1.3 DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA**

A través de la presente cobertura, si se detecta por primera vez el cáncer de mama se otorgará a la asegurada la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de cáncer de mama definido como la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

La Suma Asegurada se pagará en cuatro exhibiciones, de la siguiente manera:

- a) Se pagará el 10% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado.
- b) Se pagará el 30% de la Suma Asegurada, después de 3 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- c) Se pagará el 70% de la Suma Asegurada, después de 6 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- d) Se pagará el 100% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticada la Etapa IV\*, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructurales adyacentes demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

Esta cobertura solo puede ser contratada por asegurados de género femenino.

Solo se pagará un evento en la vida de la asegurada.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara el cáncer cuando se origine en una región diferente a las glándulas mamarias.**

## **6.2 COBERTURAS ADICIONALES CON LÍMITE DE EVENTOS POR VIGENCIA**

MAPFRE otorgará el monto de la suma asegurada contratada y establecida en la carátula de póliza en caso de contratación de las mismas y mediante el pago de prima correspondiente, en caso de diagnóstico de uno o más padecimientos y/o tratamientos establecidos en la presente sección. Se establece que estará cubierto un máximo de dos eventos por cada asegurado durante la vigencia de la póliza, así mismo se cubrirá por una única ocasión en la vida del asegurado cada evento.

### **6.2.1 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico del infarto agudo al miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- 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.

- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

#### **6.2.2 ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de enfermedad vascular cerebral definida como la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales que produce secuelas neurológicas con duración superior a 24 horas, que provoca lesiones irreversibles y de carácter permanente y que incluye infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y embolismo.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 30 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Tomografía craneal computada, resonancia magnética, ultrasonido doppler de las arterias carótidas en el cuello, ultrasonido doppler trascraneal.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo, hipoxia, enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, ni las crisis de isquemia transitoria.**

#### **6.2.3 DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de cáncer definido como la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas. La invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio histopatológico incluyendo laminillas o tejidos preparados.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara cáncer de piel en cualquier de sus estados.**

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara cáncer cervico uterino en la etapa I (in situ).**

#### **6.2.4 TUMORES BENIGNOS**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de tumor(es) benigno(s) definido(s) como la presencia de uno o más tumoraciones en diferentes partes del cuerpo de carácter benigno (se define benigno como la incapacidad de generar diseminación del tumor a otros sitios del organismo).

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio(s) donde se compruebe la extirpación quirúrgica de estas tumoraciones en un centro hospitalario.
- Reporte patológico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara cualquier clase de tumor benigno en piel, tejido subcutáneo y/o mama.**

#### **6.2.5 NEUMONÍA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de neumonía definida como la infección de los pulmones que afecta a las vías respiratorias inferiores.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 30 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Radiografía de pecho, tomografía computarizada del pecho.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

#### **6.2.6 APENDICITIS**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de apendicitis definido como la presencia de un proceso infeccioso a nivel apendicular del intestino delgado que por su severidad y manifestación clínica requiere de la extirpación quirúrgica.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 30 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio histopatológico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

#### **6.2.7 ÚLCERA GASTRICA Y/O DUODENAL**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de úlcera gástrica y/o duodenal donde las úlceras son definidas como las áreas denudadas de mucosa y submucosa (llagas) que se observan en el estómago (úlceras gástricas) o en la primera porción del intestino delgado (úlcera duodenal).

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio(s) de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Biopsia, Endoscopia, radiografía gastrointestinal superior.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredeite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

## **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

### **6.2.8 DIVERTÍCULOS DEL COLÓN**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de divertículos del colon definidos como protusiones adquiridas de la membrana mucosa del colon a través de la pared muscular del intestino. Aparecen principalmente en el sigmales y en el colon descendente.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Intervención quirúrgica (con reporte histopatológico) de estos divertículos.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredeite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

## **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

## **6.2.9 HERNIA INGUINAL Y UMBILICAL**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de hernia inguinal y/o umbilical definida como la protusión de una parte del intestino a través de la pared que lo rodea.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Copia del reporte quirúrgico
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredeite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

Si en la misma intervención quirúrgica se realizan ambos procedimientos (hernia inguinal y hernia umbilical) se considerará como un solo evento, por lo que en caso de ser procedente, MAPFRE pagará solo una vez la Suma Asegurada estipulada para este procedimiento.

## **6.2.10 LITIASIS RENAL**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de litiasis renal definida como la

solidificación de los cristales de sales en la orina formando piedras que se pueden encontrar en formas únicas o múltiples en los riñones y/o el sistema colector.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza

**Período de espera:** 30 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Ultrasonido renal o reporte de urografía excretora.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato "Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores".
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

#### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

#### **6.2.11 LITIASIS VESICULAR**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de litiasis vesicular definida como la presencia de cálculos en los conductos biliares o en la vesícula biliar que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y/o en los conductos biliares.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio histopatológico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

**Especificaciones**

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

**6.2.12 PANCREATITIS AGUDA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de pancreatitis aguda definida como el cuadro inflamatorio del páncreas de al menos 48 horas de evolución.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 30 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Tratamiento médico hospitalario superior a 48 horas o bien tratamiento quirúrgico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

#### **6.2.13 HISTERECTOMÍA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere una histerectomía definida como el procedimiento quirúrgico realizado extirpar la matriz o útero a consecuencia de una patología

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Reporte de estudios de laboratorio, estudio histopatológico e imagenología que justifiquen el diagnóstico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.

- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara la cirugía para tratamiento de cáncer con metástasis de la matriz ni del cuello uterino.**

#### **6.2.14 EXTRIPACIÓN QUIRÚRGICA DE OVARIOS**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere una extirpación quirúrgica de ovarios definida como un procedimiento quirúrgico en donde se hace la extirpación de uno o los dos ovarios.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudios de patología a nombre del Asegurado.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.

- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### Especificaciones

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

Si en la misma intervención quirúrgica se extirpan ambos ovarios se considerará como un solo evento, por lo que en caso de ser procedente, MAPFRE pagará solo una vez la Suma Asegurada estipulada para este procedimiento.

#### 6.2.15 HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si se comprueba el diagnóstico de la hiperplasia prostática benigna definida como el crecimiento benigno de la glándula prostática periuretral causando grados variables de obstrucción al flujo vesical.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 90 días.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Extirpación quirúrgica de próstata.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

## **Especificaciones**

La Suma Asegurada es en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

### **6.2.16 ADENOIDECTOMÍA/ AMIGDALECTOMÍA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere una adenoidectomía y/o amigdaletomía definida como la extirpación quirúrgica de las adenoides y/o amígdalas a consecuencia de un proceso inflamatorio de carácter infeccioso.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 9 meses

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Radiografía lateral de cuello con interpretación médica (sólo aplica para adenoidectomía)
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria)
- Notas de evolución
- Nota quirúrgica
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

## **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

Si en la misma intervención quirúrgica se realizan ambos procedimientos (amigdalectomía y adenoidectomía) se considerará como un solo evento, por lo que en caso de ser procedente, MAPFRE pagará solo una vez la Suma Asegurada estipulada para este procedimiento.

## **6.2.17 HEMORROIDECTOMÍA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere una hemorroidectomía definida como la cirugía empleada para extirpar hemorroides.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 9 meses.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredeite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La suma asegurada es en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

## **6.2.18 CIRUGÍAS PARA CORREGIR HERNIAS DE DISCO**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere cirugía para corregir hernias de disco definida como el procedimiento quirúrgico para corregir una hernia de disco. Una hernia de disco se presenta cuando los discos de la columna vertebral sobresalen de su posición normal. Es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral (núcleo pulposo) se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 12 meses.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio de laboratorio y/o gabinete u otros con interpretación que confirme(n) el diagnóstico, por ejemplo: Discografía, electromiografía, tomografía axial computarizada de la columna vertebral, resonancia nuclear de la columna vertebral.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredeite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada asegurado, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

En caso de que en la misma cirugía se corrijan dos o más hernias discales, se considerará como un solo evento.

En renovaciones posteriores, podrán cubrirse para corregir hernias de disco a un Asegurado que haya sido intervenido por el mismo padecimiento en vigencias anteriores, siempre y cuando la hernia se presente en una región diferente de la columna vertebral al de la(s) cirugía(s) anterior(es).

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara la aplicación de ultrasonido, onda corta, microondas, corticosteroides de depósito por vía intramuscular, masoterapia e inyecciones de ozono.**

## **6.2.19 COLECISTECTOMÍA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere una colecistectomía definida como cirugía abierta o laparoscópica que se realiza para extirpar la vesícula biliar como tratamiento de una patología.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza

**Período de espera:** 3 meses.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio histopatológico.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

## **6.2.20 PROSTATECTOMÍA**

A través de la presente cobertura, se otorga al asegurado la suma asegurada contratada si el asegurado requiere una prostatectomía definida como la cirugía para extirpar toda o parte de la glándula prostática con el fin de tratar una patología.

La indemnización se pagará en una sola exhibición de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza.

**Período de espera:** 6 meses.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudio histopatológico y reporte de ultrasonido de próstata.
- Formato de reclamación de Reembolso Siniestros Accidentes y Enfermedades.
- Formato “Reporte de Accidente o Enfermedades de Gastos Médicos Mayores”.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

**Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara la cirugía para tratamiento de cáncer de próstata con metástasis.**

## 6.3 COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE

### 6.3.1 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si como consecuencia directa de un accidente, dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha del mismo, el asegurado se viera precisado a erogar un gasto a consecuencia de: un tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicamentos, MAPFRE reembolsará al asegurado el costo de los mencionados conceptos hasta la suma asegurada contratada por este concepto previa comprobación y sujeto al deducible contratado.

Se reembolsarán los gastos mencionados por el monto especificado en la(s) factura(s) que en ningún caso será mayor a la suma asegurada contratada.

El importe por concepto de honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos de MAPFRE.

Los gastos cubiertos por accidente se reembolsarán hasta la fecha de fin de vigencia, sin que en ningún caso excedan de la suma asegurada contratada, siempre y cuando se haya renovado la póliza. En el caso de que no haya renovación de la póliza y el asegurado se encuentre hospitalizado a consecuencia de un accidente cubierto durante la vigencia de la misma, se reembolsarán los gastos erogados hasta el alta hospitalaria del asegurado o cinco días después del fin de vigencia de la póliza, lo que ocurra primero, sin que en ningún caso dichos gastos rebasen la suma asegurada contratada.

En el caso de que se quiera erogar gastos por concepto de consultas subsecuentes, las mismas serán reembolsadas hasta la suma asegurada contratada o un máximo de tres consultas subsecuentes después de la primera atención, lo que ocurra primero.

En el caso de que se quiera erogar gastos por concepto de rehabilitaciones, las mismas serán reembolsadas hasta la suma asegurada contratada o un máximo de diez sesiones de rehabilitación después de la primera atención, lo que ocurra primero.

Si la póliza se da por terminada por falta de pago o a solicitud del contratante, se le pagará los gastos erogados hasta la fecha de cancelación.

#### **Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Solicitud de Reembolso Siniestros A y E.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.
- En caso de accidente, presentar original de las actuaciones completas del Ministerio Público y resumen clínico.
- Recibos originales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras, que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Nombre del asegurado
  - Número de cédula profesional
  - Registro de la Secretaría de Salud.
  - Registro Federal de Contribuyentes.

- Número de folio.
  - En el recibo se debe mencionar el tipo de atención proporcionada (anestesia, consulta médica, honorarios quirúrgicos, etc.)
- En caso de facturas de farmacia, laboratorios o rayos X, deben venir acompañadas de las recetas médicas, resultados e interpretación respectivamente.

### **6.3.2 QUEMADURAS GRAVES**

A través de la presente cobertura, si durante la vigencia de la póliza y a consecuencia directa de un accidente el asegurado sufriera de quemaduras de tercer grado que abarquen por lo menos treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medida por la regla de los nueve\*, diagnosticada por un médico especialista titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, **MAPFRE** indemnizará al asegurado la suma asegurada contratada. \*La Regla de los nueve para áreas corporales divide el cuerpo en secciones que en total representa el 100% del área de la superficie del cuerpo. Las secciones incluyen la cara, cabeza, cuello, brazos, manos, torso (pecho, abdomen anterior, región dorsal y región lumbar), perineo, piernas y pies. El siguiente cuadro describe la relación de las partes del cuerpo y sus porcentajes correspondientes según la regla de los nueve.

#### **Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Reporte de estudios de laboratorio, estudio histopatológico e imagenología que justifiquen el diagnóstico.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

#### **Especificaciones**

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara el tratamiento de quemaduras de primer y segundo grado, así como las de tercer**

**grado que no abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la carta de superficie corporal de LUND Y BROWDER.**

### **6.3.3 FRACTURA DE HUESO POR ACCIDENTE**

A través de la presente cobertura, si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante la vigencia de la póliza y dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el asegurado sufre cualquiera de las fracturas mencionadas a continuación, MAPFRE pagará al asegurado el 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura y en caso de ser una fisura se pagará el 20% de la suma asegurada contratada. En el caso de fracturas o fisuras de los huesos de los dedos del pie y mano solo se otorgará un 10% de la suma asegurada contratada,

Esta cobertura amparará al asegurado en caso de la ocurrencia de las Fracturas o Fisuras enumeradas a continuación:

- Cráneo.
- Huesos Cara (sin nariz).
- Columna Cervical.
- Columna Torácico y Lumbar.
- Huesos Sacro y Coxis.
- Costillas.
- Esternón.
- Pelvis.
- Clavícula.
- Omóplato (escápula).
- Húmero.
- Radio.
- Cúbito (ulna).
- Cuello del Fémur.
- Otras partes del Fémur.
- Tibia y Peroné (fíbula).
- Rótula.
- Pies (Huesos del tarso, metatarso y de los dedos).
- Manos (Huesos carpeanos, metacarpeanos y de los dedos).

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Estudios radiológicos a nombre del Asegurado
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).

- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

La indemnización máxima que pagará MAPFRE ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura. Solo se cubrirá un evento al año.

En caso de fracturas y fisuras simultáneas se pagará el monto procedente para una fractura.

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara las fracturas patológicas, mismas que se presentan en personas con alguna enfermedad subyacente sin que se produzca un traumatismo. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.**

**En adición a lo estipulado en la sección 5. Exclusiones Generales, la cobertura de este procedimiento no ampara las fracturas por accidente de huesos del pie, manos (incluyendo muñeca), nariz y/o senos paranasales.**

#### **6.3.4 HOSPITALIZACIÓN DIARIA POR ACCIDENTE**

Si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de un accidente, el asegurado se viera precisado a internarse en un hospital para someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud, MAPFRE pagará al asegurado la renta diaria contratada hasta por 90 días de hospitalización, considerando dentro de dicho plazo el periodo de carencia contratado.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Solicitud de Reembolso Siniestros AyE
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Historia clínica

- En caso de ser accidente, y este ocurra en la vía pública, será necesario presentar las actuaciones del Ministerio Público
- Resultado de estudios practicados, incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario (Solo en caso de contar con ella)
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.
- Comprobante de domicilio (Solo en caso de contar con él)

### **Especificaciones**

El asegurado podrá reclamar hasta 90 días de hospitalización siempre y cuando sean continuos e ininterrumpidos y no haya un periodo al descubierto de la póliza.

Si la póliza no presenta un periodo al descubierto, se continuará pagando la renta diaria mientras el asegurado esté hospitalizado y se encuentre en un periodo de gracia, aplicando un periodo máximo de cobertura de 30 días de hospitalización, considerando dentro de dicho plazo el periodo de carencia contratado.

Si la póliza se da por terminada por falta de pago o a solicitud del contratante, y el asegurado se encuentra hospitalizado, se le pagará la renta diaria hasta la fecha de cancelación.

MAPFRE pagará la renta diaria siempre y cuando el asegurado se hubiese internado en un hospital público o privado en los Estados Unidos Mexicanos.

### **6.3.5 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE**

#### **A. Incapacidad Total**

Si como consecuencia directa de un accidente, dentro de los primeros 10 días naturales contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad total para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, MAPFRE pagará al asegurado, la indemnización diaria contratada para esta cobertura por cada día de incapacidad total indicado en el certificado de incapacidad expedido por el IMSS o ISSSTE, descontando los días de carencia contratados y hasta un período que no excederá de 365 días de incapacidad.

#### **B. Incapacidad Parcial**

Si dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el asegurado le causaran una incapacidad parcial para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación,

MAPFRE pagará al asegurado el cuarenta por ciento de la indemnización diaria contratada, por cada día de incapacidad parcial indicado en el certificado de incapacidad expedido por el IMSS o ISSSTE, descontando los días de carencia contratados y hasta un período que no excederá de 182 días de incapacidad.

**Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y/o procedimiento y solicitar la indemnización:**

- Solicitud de Reembolso Siniestros AyE
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Historia clínica
- En caso de ser accidente, y este ocurra en la vía pública, será necesario presentar las actuaciones del Ministerio Público
- Resultado de estudios practicados, incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario (Solo en caso de contar con ella).
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.
- Comprobante de domicilio (Solo en caso de contar con él).
- Incapacidades expedidas por el IMSS o ISSSTE, o en su defecto, el resumen clínico completo y estudios por parte del médico tratante. En caso de no ser afiliado a una institución de seguridad social, solo para la cobertura renta diaria por hospitalización por accidente, se requerirá de segunda valoración por parte de un médico especialista en medicina de trabajo.
- Formato de dictamen de invalidez ST4 (IMSS) o constancia de internamiento, indicando los días que estuvo hospitalizado el asegurado.

**Especificaciones**

El asegurado podrá reclamar hasta 365 días por una incapacidad total y 182 días por una incapacidad parcial siempre y cuando los días de incapacidad sean continuos e ininterrumpidos, además de que la póliza no cuente con ningún período al descubierto.

Si la póliza no presenta un período al descubierto, se continuará pagando la indemnización diaria mientras el asegurado esté incapacitado y se encuentre en un período de gracia, aplicando un período máximo de cobertura de 30 días de incapacidad, considerando dentro de dicho plazo el período de carencia contratado.

Si la póliza se da por terminada a causa de una cancelación por falta de pago o solicitud del contratante, y el asegurado se encuentra.

### 6.3.6 PÉRDIDAS ORGÁNICAS

En caso de que el asegurado, con motivo directo de un accidente, dentro de los noventa días naturales a la fecha del mismo, sufriera cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas en este inciso, MAPFRE pagará al asegurado el porcentaje de la suma asegurada contratada establecida de acuerdo a la escala contratada, sin que en ninguno de los casos se exceda la totalidad de la suma asegurada contratada para esta cobertura ya sea en uno o varios eventos.

**ESCALA “A”**

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

**ESCALA “B”**

Pérdida de:	% de Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano	50%
Un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice, de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
La vista de un ojo	30%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice, de una mano	25%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice, de una mano	25%
Sordera completa de los dos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar, de una mano	20%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm	15%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

### ESCALA “C”

Pérdida de:	% de Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	100%
Paraplejia	100%
Cuadriplejia	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
Sordera completa de los dos oídos	25%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

### ESCALA “D”

Pérdida de:	% de Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	100%
Paraplejia	100%
Cuadriplejia	100%
Una mano	60%
Un pie	60%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice, de una mano	45%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	35%
La vista de un ojo	60%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice, de una mano	35%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice, de una mano	30%
Sordera completa de los dos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar, de una mano	30%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm.	15%
El pulgar de cualquier mano	25%
El índice de cualquier mano	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	10%

#### **Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:**

- Solicitud de Reembolso Siniestros A y E.
- En caso de ser un accidente y éste ocurra en vía pública, será necesario presentar las actuaciones del Ministerio Público
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.

- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria).
- Notas de evolución.
- Nota quirúrgica.
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

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

Esta cobertura solo puede ser contratada por asegurados de género masculino.

Se reinstalará la Suma Asegurada a la Renovación de la póliza.

#### **6.3.7 ACCIDENTES INFANTILES**

Esta cobertura otorgará 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 que le origine en forma directa lesiones corporales que ameriten intervención quirúrgica dentro de los 10 días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

#### **Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico y procedimiento:**

- Aviso de accidente
- Documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico derivado de un accidente.
- Informe médico emitido por un Médico titulado y con Cédula Profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión, firmado con los datos de quien lo expide donde se indique el diagnóstico y procedimiento realizado.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- Formato de egreso hospitalario (nota de alta hospitalaria)
- Notas de evolución
- Nota quirúrgica
- En caso de haberse atendido en un hospital privado, se requiere la factura original del hospital expedida a nombre del Asegurado afectado con los requisitos fiscales vigentes.

### **Especificaciones**

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

## 7. SERVICIOS ADICIONALES CON COSTO

### 7.1 CONTACT CENTER

Este servicio se otorga por nuestro Contact 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. Radiología 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.

### 7.2 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 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 extraprime 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陪伴e, 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陪伴e, 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.

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

#### **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 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 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.

## 8. CLÁUSULAS GENERALES

### 8.1 PADECIMIENTO PREEXISTENTE

MAPFRE podrá requerir al solicitante someterse a un examen médico para el seguro de SEGURO COLECTIVO INDEMNIZATORIO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Si el asegurado se sometió al examen médico para el seguro de SEGURO COLECTIVO INDEMNIZATORIO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES; MAPFRE no excluirá padecimientos preexistentes que no hubiesen sido diagnosticados en el examen médico, salvo lo siguiente.

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

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento 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 MAPFRE cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el 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;

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.

## **8.2 PRIMAS**

El contratante gozará de un Periodo de Gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones pactadas en el contrato.

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

Para el pago fraccionado de la prima se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada a la fecha de celebración del contrato.

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

## **SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

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

## **8.3 MOVIMIENTO DE ASEGURADOS**

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, las solicitudes firmadas por los miembros de la Colectividad Asegurable y los avisos de altas y bajas que conforme a esta

póliza deben efectuarse, MAPFRE elaborará un registro de asegurados indicando el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá nombre, edad, sexo, suma asegurada, fecha de inicio y término de vigencia, número de certificado individual y prima de cada asegurado y de cada uno de sus dependientes económicos. En la carátula de la póliza se especificará la suma asegurada contratada por la colectividad asegurada para cada una de las coberturas contratadas.

#### **8.4 ALTA DE ASEGURADOS**

Se dará de alta a las personas que se hagan elegibles para formar parte de la colectividad asegurable siempre y cuando se encuentren dentro de los límites de admisión señalados en la sección 7, numeral 7.7 y el contratante dé aviso a MAPFRE dentro de los 30 días siguientes a su elegibilidad.

Se considera como elegibilidad la fecha en que el asegurado ingresó a la colectividad, es decir, la fecha en la que ingresó por primera vez a la compañía. En caso de que el asegurado ya formara parte de la compañía pero no tiene derecho a la prestación, la fecha de alta será a partir de la confirmación del derecho a la prestación por parte de la empresa.

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

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

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

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

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

De acuerdo al Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

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

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

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

## 8.5 BAJA DE ASEGUADOS

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

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

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

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

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

De acuerdo al Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, MAPFRE restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

## 8.6 EDAD

El límite de edad de aceptación para nuevos asegurados es hasta los setenta y cinco (75) años excepto para las siguientes coberturas:

1. Para la cobertura de Indemnización por Incapacidad, la edad de aceptación es de dieciocho (18) a sesenta y cuatro (64) años para nuevos asegurados
2. Para las coberturas Diagnóstico de cáncer cérvico uterino y Diagnóstico de cáncer de mama, la edad de aceptación es de dieciocho (18) a sesenta (60) años para nuevos asegurados.

Una vez aceptada, no habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable. Por lo que respecta a los hijos, estos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en la sección 1<sup>a</sup> numeral 1.8.

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.

De acuerdo al artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en caso de que la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MAPFRE se aplicarán las siguientes reglas de acuerdo a las tarifas vigentes al tiempo de la celebración del contrato:

1. En caso de que el asegurado pague una prima menor por indicación inexacta de la edad, la obligación de MAPFRE reducirá en la proporción que haya entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del contrato
2. En caso de que MAPFRE haya satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
3. En caso de que el asegurado pague una prima mayor por indicación inexacta de la edad, MAPFRE reembolsará 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.
4. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, MAPFRE estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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 de domicilio respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

## **8.7 PERIODO DEL SEGURO**

Las partes convienen expresamente en que el periodo 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.

## **8.8 TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de forma anticipada, MAPFRE devolverá el 60% de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

Para poder proceder con dicha cancelación, el contratante deberá solicitarla a través del formato correspondiente, formato que deberá ser entregado a MAPFRE, quien asignará un número de folio de cancelación.

La prima será devuelta a solicitud expresa por escrito por el Contratante y/o representante legal en un periodo máximo de 30 días al medio de depósito que el contratante y/o representante indique.

## **8.9 RENOVACIÓN**

MAPFRE podrá otorgar al contratante la renovación, la cual se sujetará a las mismas condiciones en que fueron contratadas aplicando el incremento de tarifa que proceda para cada renovación siendo el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados, establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

MAPFRE se podrá reservar el derecho de presentar propuesta de renovación.

El pago de la prima se acreditará mediante el recibo de pago extendido en las formas usuales que MAPFRE utilice y se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Se perderá el derecho a la renovación en cualquier momento si MAPFRE comprueba que hubo dolo o mala fe.

## **8.10 DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS**

Toda indemnización que MAPFRE pague por accidente y por asegurado, reducirá en igual cantidad la suma asegurada de la cobertura reclamada.

Se reinstalará automáticamente la suma asegurada de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente para otros accidentes dentro de la vigencia y se reinstalará a la renovación de la póliza la suma asegurada para diferentes fracturas, pérdidas orgánicas y causas que dieran origen a una incapacidad u hospitalización.

## **8.11 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El asegurado tiene el derecho de designar y cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. Para este

efecto deberá notificar por escrito a MAPFRE, expresando con claridad el nombre del o los nuevos beneficiarios para su anotación en el endoso de la respectiva póliza. En caso de que MAPFRE no reciba oportunamente dicha notificación, el asegurado conviene en que dicha compañía pague sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro al último beneficiario registrado, ya sea en la póliza o en el respectivo endoso.

El asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar al beneficiario de la presente póliza. Para que esta renuncia produzca sus efectos, se deberá hacer constar en la póliza y comunicárselo así al beneficiario irrevocable de acuerdo con lo ordenado por el Art. 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado.

La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario o que se hubiera hecho una designación irrevocable de beneficiario, en caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y éste y el asegurado mueran simultáneamente, o bien, cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación de beneficiario.

Cuando existan varios beneficiarios y uno de estos fallece antes que el asegurado, la parte correspondiente del beneficiario fallecido se distribuirá proporcionalmente entre los beneficiarios sobrevivientes siempre que el asegurado no hubiera estipulado otra cosa.

#### **Advertencia:**

**En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.**

**Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.**

**La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.**

#### **8.12 PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES**

En todas las reclamaciones, el Asegurado deberá proporcionar a **MAPFRE** los formatos requisitados en su totalidad, los resultados de los estudios realizados para comprobar el diagnóstico con datos confiables de identificación y acreditación, así como cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan en estas Condiciones Generales que **MAPFRE** considere necesaria para la valoración de cada caso.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que **MAPFRE** no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

**MAPFRE** se reserva el derecho de solicitar que las reclamaciones por accidentes, sean acompañadas de copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público, cuando éste haya tenido conocimiento.

**MAPFRE** tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a **MAPFRE** de cualquier obligación.

Cuando **MAPFRE** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya recibido un diagnóstico con fecha anterior a la de inicio de vigencia de la póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

De acuerdo al artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario tiene un plazo máximo de cinco días para dar aviso por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

## 9. CLÁUSULAS OPERATIVAS

### 9.1 TERRITORIALIDAD

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

### 9.2 RESIDENCIA

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

## 10. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

### 10.1 COMPETENCIA

Si para los casos previstos en el numeral 8.1, el Reclamante no opta por el arbitraje previsto en la misma, así como para cualquier otro no contemplado en tal cláusula, podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

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

## **10.2 PRESCRIPCIÓN**

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

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, empezando a contar desde el día en que MAPFRE tenga conocimiento del seguro. En caso de la realización de un siniestro, se cuenta 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.

El plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido.

## **10.3 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 y lugar en que se haga el pago. (Artículo 8 de la Ley Monetaria).

## **10.4 OTROS SEGUROS**

Si al momento de la reclamación las coberturas por padecimientos otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente instituciones, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. En el caso de la cobertura Muerte Accidental, el párrafo anterior quedará sin efecto.

## **10.5 NOTIFICACIONES**

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

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

De acuerdo al Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

## **10.6 INTERES 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 la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

## **10.7 SUBROGRACIÓN**

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

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

## **10.8 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. Los agentes de Seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

## **10.9 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](http://www.mapfre.com.mx), al teléfono 55 5230 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 uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el asegurado y/o contratante no recibe, dentro de los 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 55 5230 7000 en la Ciudad de México, o al 800 0 MAPFRE (627 373) para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx), obtenga las condiciones generales de su producto.

## **10.10 CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DE RIESGO**

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

Para el caso de que dicha agravación no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las pretensiones, MAPFRE procederá de acuerdo a lo previsto en el Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Además de acuerdo al artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos declaren inexactamente o no remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, se restringen las obligaciones por parte de MAPFRE con lo previsto en el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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.

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: 55 5230 7090 o 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](mailto:une@mapfre.com.mx) COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) Domicilio: Avenida Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfono: En la Ciudad de México al 55 5340-0999 y dentro de la república al 800-999- 8080. Página web: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx). Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

## 11. ANEXO DE LEYES

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, Ley sobre el Contrato de Seguro, Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo, Ley Monetaria y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

### 11.1 LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

**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 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 55.-** Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

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

**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.

**Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

**Artículo 81.-** Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:  
I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos 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.

**Artículo 167.-** 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 del beneficiario, así como para la trasmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas.

**Artículo 168.-** El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujet a interdiccción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

**Artículo 169.-** Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

**Artículo 172.-** 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 hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la 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.

## 11.2 LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

**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 existe 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 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; 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 impondrá 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.

**ARTÍCULO 492.-** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general

que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia

objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

### **11.3 REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.**

**Artículo 7.-** Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza.

**Artículo 8.-** El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo.

Se entenderá por:

a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y

b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;

II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;

III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

- a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;
- b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y
- c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;

VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;

VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y

IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la

aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

**Artículo 20.-** Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

#### 11.4 LEY MONETARIA

**Artículo 8.-** La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha trasferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

**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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas , a partir del 06 de octubre de 2020 con el número, PPAQ-S0041-0018-2020/CONDUSEF-004396-02.**

MAPFRE México, S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en:  
[www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

**Para mayores informes  
consulta a tu agente MAPFRE.**

**En la ciudad de México**

**55 5230 70 00**

**del Interior de la República  
SIN COSTO**

**8000 627373**

[www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

SEGUROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES