

GMM

Para el Personal Operativo Del PJF

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al

800 201 6764

en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro
Centro de Atención Telefónica
800 837 1133

de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta www.segurosbanorte.com.mx



ÍNDICE

DEFINICIONES	6
CONDICIONES GENERALES	17
A. COBERTURA BÁSICA	17
B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	18
C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	27
D. SERVICIOS AGREGADOS	29
E. COBERTURAS ADICIONALES	30
F. EXCLUSIONES	33
CLÁUSULAS GENERALES DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES DEL PERSONAL OPERATIVO	36
1. CONTRATO	36
2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA	36
3. VIGENCIA	37
4. MODIFICACIONES AL CONTRATO	37
5. NOTIFICACIONES	37
6. PRESCRIPCIÓN	37
7. MONEDA	38
8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN)	38
9. OBLIGACIONES DE “EL CONTRATANTE” Y LA “INSTITUCIÓN” RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS, Y SERVICIOS ADICIONALES	44
10. EDAD	47
11. RESIDENCIA	49
12. PRIMAS	49
13. PERIODO DE GRACIA	50
14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN Y PENAS CONVENCIONALES	51
15. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES	54
16. OTROS SEGUROS	60
17. COMPETENCIA	60
18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA PARA NUEVAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS	60

19. INTERÉS MORATORIO	61
20. TERMINACIÓN DEL CONTRATO	63
21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES	64
22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES	65
23. DERECHO DE CONVERSIÓN	70
24. AVISO DE PRIVACIDAD	72

CONDICIONES GENERALES

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES PARA PERSONAL OPERATIVO****DEFINICIONES****1. ASEGURADO Y/O COLECTIVIDAD ASEGURADA**

Personas físicas que forman parte de la colectividad asegurada la póliza, tendrá el carácter de Titular y en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza, así como las personas designadas por el Asegurado Titular que para efectos de la misma designe como su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier figura reconocida por la legislación civil) y/o hijos solteros menores de 25 años y/o Padres del Asegurado Titular y del Cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros mayores de 25 años, que determine proteger, siempre y cuando estos últimos sean dependientes económicos, solteros, para lo cual como requisito únicamente presentará manifestación por escrito de la persona servidora pública contratante.

Para el aseguramiento, la persona servidora pública deberá presentar, según sea el caso, lo siguiente:

- Acta de nacimiento.
- Resolución judicial que determine el vínculo legal.
- Acta de matrimonio.
- Acta o constancia de concubinato emitida por la autoridad correspondiente, testimonio notarial, según la entidad.
- Constancia de convivencia conyugal.

La prima de seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad la persona servidora pública contratante.

En cuanto a los ascendientes deberá considerarse la edad máxima de aseguramiento de hasta 89 años de edad, cancelándose de

manera automática al cumplir los 90 años de edad en el ejercicio fiscal inmediato siguiente.

Para el aseguramiento de ascendientes e hijos mayores de 25 años de nuevo ingreso a la colectividad, la persona servidora pública contratante, deberá presentar acta de nacimiento de la persona por asegurar.

Los hijos menores de 25 años que formaban parte de la colectividad asegurada y que en el año fiscal inmediato anterior cumplieron 25 años de edad, de manera automática continuarán asegurados con cargo a la persona servidora pública. En caso de no desear continuar con el aseguramiento deberá realizarse la solicitud de baja conforme lo establecido en las cláusulas generales 8 MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) y 10. EDAD.

2. ACCIDENTE CUBIERTO.

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza, y que requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. **No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

3. ENFERMEDAD CUBIERTA.

Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia de la póliza.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus

recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

4. GASTO MÉDICO MAYOR.

Son los gastos erogados por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza cuando estos rebasen el importe total del deducible estipulado en la carátula de la póliza, mediante reembolso, pago directo o pago mixto.

5. ENFERMEDAD CONGÉNITA.

Es aquella que se desarrolla durante la concepción y formación del producto, y se encuentra presente desde el nacimiento.

6. EMERGENCIA MÉDICA.

Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por la póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas.

Será cubierto mediante pago directo por “LA INSTITUCIÓN” siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, derive en hospitalización y en caso contrario “LA INSTITUCIÓN” hará pago de los gastos vía reembolso.

7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Es aquella alteración de salud:

- a) Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o

d) Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

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

Se cubrirán los padecimientos preexistentes, únicamente contemplados en los incisos a) y c), siempre y cuando en un período de seis meses no haya estado bajo tratamiento médico.

Deberá considerarse para el cómputo de los seis meses la fecha de ingreso del asegurado a la póliza del PJF.

No se considerará preexistente cuando la lesión sea originada por un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza que dañe la zona afectada por lo que se cubrirá el reemplazo de materiales de fijación permanentemente interna.

En caso de controversia, el reclamante que solicite una reconsideración cuando le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de “LA INSTITUCIÓN”, la misma se realizará a través de un arbitraje privado en términos de la Circular Única de Seguros y Fianzas, capítulo 4.5, Disposición 4.5.12, emitida por la Comisión Nacional de Seguros Fianzas, en cuyo caso el árbitro o árbitros serán médicos certificados por el consejo de la especialidad por el cual se realiza la reclamación.

La cobertura de los padecimientos preexistentes estará sujeta a lo estipulado en las presentes condiciones y solo en caso de controversia el asegurado y “LA INSTITUCIÓN”, podrán realizar las gestiones correspondientes de conformidad a la legislación aplicable.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y

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

8. COLAS DE SINIESTROS.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, “LA INSTITUCIÓN” pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2025, en el PJJF, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. **Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.**

9. PERIODO DE ESPERA.

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua, sin períodos al descubierto, para cada Asegurado, para que “LA INSTITUCIÓN” pueda cubrir los padecimientos establecidos con período de espera.

Con la utilización simultánea de Médicos de la Red y Hospitales en convenio los padecimientos en los que se indique la posibilidad de la eliminación del período de espera por el uso de la Red Médica gozarán del beneficio quedando cubiertos dichos padecimientos.

En caso de que en los listados de médicos de red de “LA INSTITUCIÓN” no exista un médico de la especialidad en convenio en la localidad en la que sea necesaria su consulta, se deberá considerar al médico tratante del asegurado como médico de red, siempre que se encuentren sus honorarios dentro de los establecidos en la tabla I.Q. para la enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

Es la permanencia ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores, que no haya tenido períodos al descubierto mayores a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento.

11. SUMA ASEGURADA.

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

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMAMVCDMX indicado en el certificado individual de la póliza por la Unidad de Medida y Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México (UMAMVCDMX) en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Las primas de seguros se cotizan en pesos por lo que la devolución de primas se realizará con la misma moneda. Ahora bien, para efectos de siniestros abiertos durante la vigencia (12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2025 a las 12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2026) y suma asegurada el valor de la UMAMVCDMX será el que se encuentre vigente al momento del primer gasto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad cubierta o accidente cubierto no rebasará la suma asegurada contratada.

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada contratada a la fecha del primer gasto.

La reinstalación será por el mismo monto de suma asegurada contratada a la fecha del primer gasto.

12. DEDUCIBLE.

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto de acuerdo con lo siguiente:

Titular, cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos menores y mayores de 25 años):	2.5 UMAMVCDMX
Ascendientes (Padres, suegros):	4.5 UMAMVCDMX

13. COASEGURO.

Porcentaje especificado en el certificado individual de la póliza, a cargo del asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES con un tope máximo de \$30,000.00 M.N., por cada siniestro.

14. HONORARIOS MÉDICOS.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado, de conformidad con la tabla de I.Q. (39 o 60 UMAMVCDMX).

15. HOSPITALIZACIÓN.

Es la estancia continua en un hospital por un período mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente cubiertos, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

16. CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA.

Son aquellas cirugías que no requieren hospitalización, es decir, que el paciente ingrese y egrese en menos de 24 horas.

17. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA

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

18. CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR.

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

19. RED MÉDICA.

Se integra por los Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios Clínicos y de gabinete que prestan servicios bajo convenio para “LA INSTITUCIÓN”.

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

Es el área dependiente de “LA INSTITUCIÓN” para otorgar los siguientes servicios:

Información al Asegurado y sus dependientes referente al alcance de su póliza.

Dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento y a la prestación de los demás servicios estipulados en la póliza.

21. PAGO DIRECTO.

Sistema de pago mediante el cual “LA INSTITUCIÓN” liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido por Médicos en convenio y en Hospitales de la Red.

También liquidará directamente los honorarios a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa por escrito o en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red.

22. REEMBOLSO.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y, en su caso, coaseguro, de conformidad como se establece en las condiciones generales que rigen la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

El monto máximo susceptible de reembolso de los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza no excederá la suma Asegurada contratada por el Asegurado.

Las reclamaciones tramitadas en la ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que “LA INSTITUCIÓN” o persona autorizada por “LA INSTITUCIÓN” reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito y previa solicitud del asegurado titular “LA INSTITUCIÓN” pagará una penalización de 2 UMADVCDMX por cada día natural de retraso.

23. PAGO MIXTO.

Sistema de pago mediante el cual “LA INSTITUCIÓN” liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. CONTRATANTE.

Se constituyen como tal, las áreas Administrativas del PJJ señaladas en la carátula de la póliza, que son responsables ante “LA INSTITUCIÓN” del pago de las primas de las coberturas del seguro y como representante legal para efectos del contrato y endosos.

25. ENDOSO.

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

26. PERIODO DE GRACIA.

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que corresponda al PJJ.

27. PERIODO AL DESCUBIERTO.

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

28. CERTIFICADO.

Documento expedido por “LA INSTITUCIÓN” en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, fecha de impresión, forma de pago, suma asegurada básica y potenciación en caso de así solicitarlo el Asegurado Titular, prima a cargo del Asegurado Titular por el período de cobertura, deducible, coaseguro y principales coberturas.

29. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN IMPRESA O DIGITAL.

Tarjeta de cada Asegurado, expedida por “LA INSTITUCIÓN” en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. “LA INSTITUCIÓN”.

La compañía aseguradora que brindará el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS/ QUIRÚRGICOS)

Es el límite de responsabilidad de “LA INSTITUCIÓN” por pago de honorarios médicos quirúrgicos que se especifica en la carátula de la póliza de acuerdo con el sistema de pago escogido por el Asegurado (reembolso y pago mixto). En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por tipo de procedimiento quirúrgico.

Las personas servidoras públicas podrán voluntariamente contratar la “Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos” hasta 60 UMAMVCDMX mediante el pago total de la prima de seguro correspondiente, siempre y cuando cuenten con el incremento de suma asegurada al menos a la inmediata siguiente de la suma básica (111), que le corresponda por su nivel de puesto. Las personas servidoras públicas deberán considerar que en caso de que la suma básica se modifique en razón de su nivel de puesto, es necesario realizar nueva solicitud de contratación de esta cobertura que está sujeta al incremento de suma asegurada (potenciación), mediante el llenado de formato correspondiente, dentro de los 30 días naturales siguientes a dicha modificación, o dentro del período establecido que se menciona en el siguiente párrafo.

Los períodos en los que podrán contratar el incremento de la tabla de I.Q. a 60 UMAMVCDMX serán los establecidos en el párrafo segundo de la cláusula general No. 8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), salvo para el personal de nuevo ingreso que podrá realizar este incremento dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de su incorporación.

Se deberá considerar para la contratación o decremento de la tabla de I.Q. 60 UMAMVCDMX el mismo periodo de movimientos establecido en la cláusula 8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN).

El excedente de la tabla de honorarios de 60 UMAMVCDMX, será pagada con recursos propios del servidor público.

La tabla de I.Q. a 60 UMAMVCDMX aplica para nuevos padecimientos, a partir de la fecha de contratación.

32. DERECHO DE CONVERSIÓN

Permite convertir la póliza institucional en individual cuando la persona servidora pública y/o sus dependientes asegurados causen baja de la colectividad asegurada de cualquier póliza institucional del PJF.

La conversión a una Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores se dará a una póliza individual de las que comercializa “LA INSTITUCIÓN” con condiciones similares a las del PJF y los costos que correspondan quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad, siempre y cuando no exista un período al descubierto para la solicitud y el pago mayor a 30 días.

El pago estará sujeto a que “LA INSTITUCIÓN” entregue la póliza y el recibo de pago correspondiente dentro del mismo término, en horario de pago oportuno en ventanilla de instituciones bancarias.

Deberá considerarse una póliza en similares condiciones.

Podrán ejercer el Derecho de Conversión individual los asegurados que hayan causado baja de la colectividad de cualquier póliza institucional del PJF, que hayan ejercido o no su derecho de continuidad al término del ejercicio fiscal. “LA INSTITUCIÓN” les renovará bajo el producto de gastos médicos mayores individual más cercano a las condiciones y precio que se tenía en la póliza colectiva.

CONDICIONES GENERALES**A. COBERTURA BÁSICA.**

“LA INSTITUCIÓN” protege a cada Asegurado durante la vigencia del contrato y de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad cubierta o accidente cubierto el Asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la póliza.

“LA INSTITUCIÓN” pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de la póliza, de conformidad con estas condiciones generales, terminando la obligación de “LA

INSTITUCIÓN” con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas de siniestros abiertos, es decir, “LA INSTITUCIÓN” pagará las reclamaciones abiertas a partir del 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2025, siempre y cuando exista suma asegurada remanente.

Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

El pago de complementos es hasta por el monto de la suma asegurada remanente del padecimiento de que se trate.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos en los que incurra el Asegurado, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, sujetos a lo establecido en la póliza y endosos que se agreguen a la misma.

“LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar el número de cedula de especialidad del médico tratante para comprobar que se encuentra relacionada con el procedimiento reclamado para que en su caso proceda la indemnización.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza son los siguientes:

1. Gastos de Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de éste, siempre que tengan relación directa con el tratamiento del padecimiento cubierto, prescritos por el médico tratante. Dichos medicamentos deben estar registrados y contar

con la autorización para su uso, venta y comercialización, como medicamentos por la COFEPRIS en los Estados Unidos Mexicanos.

4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de la Tabla de I.Q. que se contrate, de acuerdo con los porcentajes establecidos en dicha Tabla por padecimiento y tratamiento en cada caso. Este porcentaje es determinado por el área médica de “LA INSTITUCIÓN”; aplicable en pago directo o reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de las condiciones de la póliza.

En el caso de pago directo la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

En el caso de reembolso “LA INSTITUCIÓN” aplicará los tabuladores de acuerdo con la tabla de intervenciones quirúrgicas contratada:

4.1. Los honorarios por consultas o visitas médicas, máximo una diaria por especialidad.

4.2. Los honorarios de ayudantes, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano; es decir, se cubrirán los honorarios del 1er. ayudante con el 20% de lo pagado al cirujano y, mediante informe médico que justifique en su caso el 2do. ayudante con el 10% y al instrumentista con el 5% de lo pagado al cirujano.

4.3. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por “LA INSTITUCIÓN”.

4.4 Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Cirujano, anesthesiologo, ayudantes e instrumentista de conformidad con la tabla de I.Q. contratada para enfermedades o accidentes cubiertos conforme a las condiciones generales de la póliza.

- Hospital, se pagará el 60% de la factura total con excepción de las

exclusiones propias de la póliza.

4.5 Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 o más padecimientos cubiertos, se pagarán las reclamaciones de la siguiente manera:

- Para el primer padecimiento se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 100% conforme a la tabla de I.Q. contratada y el segundo y subsecuentes procedimientos quirúrgicos se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 50% conforme a la tabla de I.Q. contratada.

- Hospital, se pagará 100% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.

5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito y justificado por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica, por cada padecimiento o accidente cubiertos por la póliza.

6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

7. Equipo de anestesia y material médico.

8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubiertos.

10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos, los anteriores son enunciativos y no limitativos.

11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos. El límite máximo de

responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN" para este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.

12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y se ponga en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos, no se requerirá de la indicación del médico tratante.

En caso de que el siniestro no esté amparado por la póliza, "LA INSTITUCIÓN" pagará por única ocasión el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre por reembolso, siempre y cuando el evento se haya originado dentro de la vigencia de la póliza. El pago de ambulancia por única ocasión aplicará por asegurado.

La indemnización del costo de la ambulancia terrestre se considerará dentro de la siniestralidad de las pólizas de Gastos Médicos Mayores.

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

Traslado de aeropuerto a aeropuerto cuando el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesaria por no poder ser atendido en el lugar que ocurrió éste.

El tipo de ambulancia que se enviará, será de acuerdo con la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, es decir, se proporcionará ambulancia de terapia intensiva, de terapia intermedia o estándar con Médico especialista a bordo o con Médico general, según se requiera.

13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.

14. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de un trasplante de corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, páncreas, riñón y médula ósea. Únicamente se cubrirán los gastos médicos

originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al asegurado receptor, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en la póliza. **No incluyen los derivados de obesidad mórbida.**

16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten los estudios correspondientes donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente hasta el límite de la suma asegurada contratada.

17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la póliza siempre y cuando sea por prescripción médica.

El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.

18. Se cubren los Padecimientos Preexistentes, catalogados en los incisos a) y c), de acuerdo con la definición del numeral 7 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES de estas Condiciones Generales, **siempre y cuando en un período de seis meses no haya estado bajo tratamiento médico.** Deberá considerarse para el cómputo de los 6 meses, la fecha de ingreso del asegurado a la póliza del PJF.

19. Los gastos en que incurra el Asegurado, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo, no limitativo. Aplicará la suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yate, etc.) buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.

20. Tratamientos médicos quirúrgicos para corregir cifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, únicamente adquiridos a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto dentro de la vigencia de la póliza.

21. Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos de apendicectomía que se manifiesten durante la vigencia de la póliza. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN" para este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.

22. **Legrados uterinos con excepción de los que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la asegurada directamente.** Los gastos quedan cubiertos hasta un máximo de 30 UMAMVCDMX. Esta cobertura será únicamente para la titular, cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo, cuya edad se encuentre entre los 15 y 45 años de edad.

23. Gastos propios del recién nacido sano, así como su atención pediátrica en condiciones normales hasta lograr su incorporación al seno familiar. Ampara los gastos originados sin aplicación de deducible y coaseguro establecidos en la póliza, siempre y cuando se utilice de manera simultánea médico (neonatólogo o pediatra) y hospital de la red médica de "LA INSTITUCIÓN".

La responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" es de hasta 3 UMAMVCDMX, cantidad sobre la cual se aplicará el deducible de 1 UMAMVCDMX y coaseguro del 10%, en caso de no utilizarse médicos y hospital en convenio, para el pago de esta cobertura se deberá tramitar el alta de los recién nacidos dentro de los noventa días siguientes a su nacimiento, quedando cubierto a partir de la fecha de nacimiento, en caso contrario iniciará su vigencia con la fecha de solicitud a "LA INSTITUCIÓN" sin estar en posibilidad de solicitar el reembolso de esta cobertura.

Se entiende como incorporación al seno familiar en el momento en que abandone un hospital después del nacimiento y que el recién nacido se encuentre en condiciones normales y estables. El pago de esta cobertura será por reembolso.

24. Gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la

intervención quirúrgica, los gastos de hospitalización, medicamentos intrahospitalarios y postoperatorios siempre y cuando, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del evento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 UMAMVCDMX.

Como operación cesárea, se considerará aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular o Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular, por lo que **no quedarán protegidas las Hijas ni la Madre del Asegurado o Asegurada Titular, ni la Madre del Cónyuge, concubina, concubinario e Hijas mayores y menores de 25 años de edad.**

Tratándose de la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como persona servidora pública.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del período antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo en los períodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de parto o aborto, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

Esta cobertura solo podrá otorgarse a la Titular, cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo, cuya edad sea entre 15 y 45 años.

25. Parto o aborto involuntario bajo los términos siguientes:

a) Gastos correspondientes a hospitalización, honorarios médicos y anestesta, medicamentos intrahospitalarios y postparto siempre

y cuando, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente.

b) Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del parto: erosión cervical, inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, polihidramnios y oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina o varices vulvares o vaginales.

Esta cobertura solo podrá otorgarse a la Titular, cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo, cuya edad sea entre 15 y 45 años.

Tratándose de la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como persona servidora pública.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del período antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo en los períodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de parto o aborto, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

Los honorarios médicos quirúrgicos, así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX.

26. Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario: Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertos hasta por una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX, esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose que se cubrirá lo siguiente: erosión cervical, inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal de parto, placenta acreta, placenta increpa, placenta preincretta, polihidramnios,

oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, varices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, molahidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembrionario, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Los honorarios médicos quirúrgicos, así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX.

Quedan amparados bajo la póliza cualquier tratamiento médico o quirúrgico en el caso de aborto involuntario siempre que esté cubierto en las condiciones de la póliza.

Sólo se cubrirá a la Asegurada Titular o a la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular cuya edad sea desde los 15 años y hasta los 45 años.

Tratándose de la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como persona servidora pública.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del período antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo en los períodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de parto o aborto, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

27. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos del hijo nacido dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando se haya notificado a “LA INSTITUCIÓN” sobre el nacimiento, dentro de los 90 días naturales siguientes a su acontecimiento.

Los padecimientos congénitos y nacimientos prematuros quedarán cubiertos, **excepto aquellos que sean consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.**

28. Se cubrirán gastos por estudios realizados a posibles donadores tratándose de histocompatibilidad indispensable en los casos de trasplantes de córnea, corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, riñón y médula ósea; con un máximo de 5 estudios por enfermedad (5 estudios por vigencia, por asegurado y por padecimiento).

29. Los gastos erogados por estudios en laboratorios clínicos, gabinetes para la detección de COVID 19 y cualquiera de sus derivaciones, cuyo diagnóstico se confirme como positivo serán cubiertos y pagados, siempre y cuando se rebase el deducible.

Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos PDF y XML).

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

30. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de córnea cubriendo los gastos médicos de rehabilitación, en el entendido que la rehabilitación será la que determine su médico tratante. Se sujeta al deducible y coaseguro del 10% o de conformidad a lo establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Esta cobertura se otorga al Asegurado Titular, siempre y cuando tenga un año de antigüedad laboral en el PJF y un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada.

Para el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres del Asegurado Titular y padres del cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, la presente cobertura se otorgará siempre y cuando cuenten con un año de vigencia continua dentro de la colectividad del PJF.

31. Tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia, y similares, **siempre y cuando el número de**

dioptrías sea igual o mayor a 3 dioptrías por padecimiento y por cada ojo. Se otorga por única vez durante la vigencia de la póliza, independientemente si el gasto fue en uno o en ambos ojos.

Esta cobertura se otorga al titular, cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres del Asegurado Titular y del cónyuge con una suma asegurada de hasta \$15,000.00 M.N. siempre y cuando cuenten con un año de vigencia continua dentro de la colectividad de la póliza del PJF.

32. Tratamientos médicos o quirúrgicos de: amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y/o anillos intracorneales y la colocación de los mismos y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el período de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica (uso simultáneo de médico y hospital de la Red de “LA INSTITUCIÓN”). Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada contratada.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad referida, se ajuste a los tabuladores que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el período de espera.

33. Tratamientos médicos o quirúrgicos de: nariz y senos paranasales, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada los cuales deberán ser justificados con estudios de laboratorio y gabinete, y aplicará coaseguro del 10% o el establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, según sea el caso.

En caso de que la atención médica del padecimiento sea a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la

póliza, se elimina el período de espera y la aplicación del coaseguro. En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica (uso simultáneo de médico y hospital de la Red de “LA INSTITUCIÓN”). Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

34. Circuncisión, se cubrirá una vez transcurrido el segundo año de antigüedad continua de la póliza para cada Asegurado dentro de las pólizas contratadas con el PJF.

35. A partir del tercer año, un día de antigüedad continua de la póliza para cada asegurado dentro de las pólizas contratadas por el PJF, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él.

D. SERVICIOS AGREGADOS

36. Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de antigüedad, el inicio de vigencia de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores de una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura, y en su caso, el período descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento, se reconocerá la antigüedad que el asegurado haya tenido con otra Aseguradora, siempre y cuando no exista un período en descubierto (sin cobertura) mayor a 30 días naturales, excepto para padecimientos que estén condicionados a antigüedad en el PJF, los cuales deberán cumplir con la permanencia continua en la póliza.

El reconocimiento de antigüedad no implica que se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la póliza con “LA INSTITUCIÓN”.

Si la documentación con la cual se respalda el período cubierto

en otra Aseguradora, no se presenta al ingresar a la colectividad asegurada por la póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de “LA INSTITUCIÓN”.

37. Para aquellos personas servidoras públicas que hayan sido objeto de una promoción o cambio de nivel jerárquico y que en ese momento se encuentren haciendo uso de la cobertura derivado de un padecimiento o tratamiento médico cubiertos por la póliza, el monto de la suma asegurada básica al inicio del padecimiento, se incrementará lo correspondiente al nivel inmediato superior del puesto en que se encontraba, esto, siempre y cuando a la fecha de cambio del nivel jerárquico no haya hecho uso del 70% o más de la suma asegurada.

38. “LA INSTITUCIÓN” deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito de ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que “LA INSTITUCIÓN”, en caso de que el evento sea procedente, entregue la carta de pago al hospital, o en el supuesto de que el evento no sea procedente con “LA INSTITUCIÓN”, el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

E. COBERTURAS ADICIONALES:

Las coberturas adicionales se otorgan a todas las personas servidoras públicas titulares, cónyuges, concubina o concubino o pareja del mismo sexo, así como a los hijos menores de 25 años de edad, cuya prima de Seguro estará a cargo del PJF.

Para los ascendientes (padres o suegros) e hijos mayores de 25 años, la contratación será voluntaria y la prima de seguro estará a cargo de la persona servidora pública contratante y aplicará, en su caso, para todos los asegurados a su cargo. Las coberturas adicionales aplicarán a partir de la fecha de su contratación.

Las coberturas adicionales son las que se mencionan a continuación:

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de tratamientos dentales, se cubrirán con el proveedor de servicios en convenio con “LA INSTITUCIÓN”, de conformidad a lo siguiente:

Consultas, una profilaxis al año, radiografías, amalgamas, resinas,

exodoncias, endodoncias, extracciones hasta la suma asegurada de \$10,000.00 con aplicación de deducible anual con tope de \$1,800.00, mediante 9 pagos de \$200.00 por cada servicio cubierto.

El pago de los \$200.00 será por procedimiento realizado, es decir, por cada amalgama, resina, endodoncia, extracción, limpieza, etc.

Esta cobertura no contempla tratamientos estéticos; de ortodoncia, implantes, etc.

OBESIDAD MÓRBIDA. Es la alteración de la salud, el cual se caracteriza por un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 40.

Solamente se cubre lo relacionado con el tratamiento dietético quirúrgico relacionado con la disminución de peso o índice de masa corporal, **dejando claramente excluidos tratamientos quirúrgicos de carácter estéticos relacionados con la pérdida excesiva de peso.**

El alcance de esta cobertura será conforme a lo dispuesto en estas condiciones hasta la suma asegurada contratada y en su caso la reinstalación de la misma.

REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA: Para acceder a esta cobertura, es indispensable cumplir con el requisito de incrementar la suma asegurada (potenciación), al menos a la suma asegurada inmediata siguiente de la básica que le corresponda por el nivel de puesto.

Quedan amparados el titular, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, e hijos menores de 25 años de edad, pudiendo ser extensiva mediante la contratación voluntaria de las coberturas adicionales para los hijos(as) mayores de 25 años de edad y ascendientes (padres o suegros).

- La reinstalación de suma asegurada para enfermedades o accidentes cubiertos cuya fecha de primer gasto sea anterior a las 12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2025, operara siempre y cuando tenga incrementada su suma asegurada básica, al menos a la suma asegurada inmediata siguiente (potenciación). La reinstalación será por una sola ocasión para cada siniestro y la suma asegurada que aplicará será hasta la suma asegurada contratada a

la fecha de primer gasto o síntoma.

- La reinstalación de suma asegurada para enfermedades o accidentes cubiertos cuya fecha de primer gasto sea a partir de las 12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2011 y hasta los originados en la presente vigencia, operara siempre y cuando tenga incrementada su suma asegurada básica, al menos a la suma asegurada inmediata siguiente (potenciación). La reinstalación será por una sola ocasión para cada siniestro y la suma asegurada que aplicará será hasta la suma asegurada contratada a la fecha de primer gasto o síntoma.

- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma por un accidente o enfermedad cubiertos, durante el período de las 12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2025, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.

- Los siniestros originados en póliza distinta a las pólizas institucionales del PJF, no contarán con esta cobertura.

- "LA INSTITUCIÓN" deberá entregar de manera anual un listado de todas las personas que se encuentren utilizando este beneficio, mismo que deberá contener la información de la suma asegurada remanente de la reinstalación.

Las coberturas que cuenten con suma asegurada topada, no serán sujetas a reinstalación de suma asegurada.

PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLAS DE SINIESTROS: Los asegurados de nueva incorporación a la colectividad, que estaban asegurados en compañías aseguradoras diferentes, tienen derecho al pago de complementos hasta el monto de la suma asegurada remanente, cuyo tope máximo será el equivalente a la suma asegurada básica que le corresponda en el PJF, siempre y cuando presenten finiquito emitido por la compañía de seguros con la que se aperturó el siniestro y no haya tenido período al descubierto.

Deberán presentar carta de siniestralidad que cuente con el remanente de suma asegurada.

El remanente del complemento y/o cola de siniestro será limitado

hasta el equivalente de la suma asegurada básica con la que se incorpora al PJF.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS: Se cubrirán los padecimientos congénitos del Asegurado, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se manifiesten durante la vigencia del contrato, siempre y cuando no se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en fecha anterior a la de ingreso a la colectividad.

F. EXCLUSIONES.

Las condiciones generales contenidas en la póliza no cubren los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección e intervención expresamente excluidos.

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.

2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.

3. Tratamientos estéticos y de calvicie o cirugías por cambio de sexo.

4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.

5. Gastos por gestión administrativa en hospitales o de proceso de sanitización.

6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta a través de las COBERTURAS ADICIONALES.

7. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de

salud, o check-up, o sin relación directa con la enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.

8. Anteojos o lentes de contacto, así como lentes externos (con armazón, pupilentes, micas, esclerales).

9. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.

10. Alteraciones del sueño, protocolo de diagnóstico y tratamientos para apnea del sueño salvo aquella cuyo origen sea un accidente, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico a excepción de aquellos derivados en un accidente.

11. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.

12. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación

13. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe nacional.

14. Enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que compruebe la participación directa o deslinde del asegurado.

15. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal

que compruebe la participación directa o deslinde del asegurado.

16. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que compruebe la participación directa o deslinde del asegurado.

17. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que compruebe la participación directa o deslinde del asegurado.

18. Práctica profesional de cualquier deporte. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que compruebe la participación directa o deslinde del asegurado.

19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que compruebe la participación directa o deslinde del asegurado.

20. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.

21. Control, vigilancia y atención prenatal.

22. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 28 del Apartado B, de las Condiciones Generales.

23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, salvo los tratamientos dentales amparados en las COBERTURAS ADICIONALES.

24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.

25. Complementos vitamínicos, fórmulas infantiles, suplementos alimenticios o coadyuvantes, debido a que no son medicamentos.

26. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar, padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge del asegurado o el mismo asegurado.

CLÁUSULAS GENERALES DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES DEL PERSONAL OPERATIVO

1. CONTRATO.

La póliza, la colectividad, la solicitud de inclusión y/o bajas de personal asegurado, los certificados individuales, el registro de Asegurados y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y “LA INSTITUCIÓN”, bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de la póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que pertenezcan a la que representa el Contratante, así como el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos dependientes económicos y/o Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos solteros mayores de 25 años de edad y que sean dependientes económicos.

La prima de Seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad por la persona servidora pública contratante.

En cuanto a los ascendientes e hijos deberán considerarse los topes máximos de edad en cada ejercicio fiscal establecidos en la cláusula 10.- EDAD..

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia del contrato será de las 12:00 horas p.m. del día 31 de diciembre de 2025 a las 12:00 horas p.m. del día 31 de diciembre de 2026.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las condiciones generales y las cláusulas generales de la póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y “LA INSTITUCIÓN”. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por “LA INSTITUCIÓN”, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el contrato de seguro deberá hacerse a “LA INSTITUCIÓN” por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que “LA INSTITUCIÓN” haga al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al último domicilio legal de que tenga conocimiento.

6. PRESCRIPCIÓN.

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que “LA INSTITUCIÓN” haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

7. MONEDA.

Todos los pagos relativos del contrato, ya sean por parte del Contratante o Asegurado o de “LA INSTITUCIÓN”, se efectuarán en moneda nacional.

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

8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN).

Mientras esté en vigor la póliza, “LA INSTITUCIÓN” incluirá bajo la protección de la misma con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito o mediante formato denominado “consentimiento para ser asegurado y autorización de retención de primas del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores” a “LA INSTITUCIÓN”, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Únicamente se podrá solicitar el alta de nuevos dependientes económicos que actualmente no estén asegurados en la póliza, la baja de algún asegurado y/o decremento de suma asegurada durante los primeros 45 días contados a partir del inicio de vigencia y

durante 15 días contados a partir del octavo mes de inicio de vigencia; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento.

La potenciación de suma asegurada se podrá realizar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza. La potenciación que se contrate durante la vigencia de la póliza tiene efecto solamente sobre siniestros que, amparados por el contrato de seguro y resulten procedentes, ocurran con posterioridad a la contratación de la potenciación.

La suma asegurada de la potenciación aplicará únicamente para padecimientos nuevos (primeros síntomas, gastos o diagnóstico) originados después de la contratación de ésta, siempre que se trate de enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

La falta de pago en la potenciación implicará la cancelación de dicho plan; siempre y cuando sea resultado de la conciliación de primas voluntarias por cada área administrativa y “LA INSTITUCIÓN”.

Si el asegurado titular determina potenciar su suma asegurada y/o asegurar a sus hijos mayores de 25 años, la suma asegurada de estos últimos será con tope máximo de 1000 UMAMVCDMX. Para sus ascendientes (padres, suegros) la suma asegurada será con tope máximo de 592 UMAMVCDMX, cuando el asegurado titular se encuentre potenciado a una suma mayor.

La fecha de inicio de potenciación, así como el alta de dependientes económicos (cónyuge, hijos, padres del titular y del cónyuge, etc.) será a partir de la fecha de recepción del formato correspondiente, en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal, según sea el caso, del PJF, las cuales deberán realizarse dentro de los períodos establecidos para este tipo de movimientos, salvo los que se realicen durante los primeros 18 días contados a partir del inicio de vigencia de cada periodo, los cuales aplicarán de manera retroactiva al inicio del ejercicio fiscal que corresponda.

Se podrá solicitar baja de asegurados o decremento de suma asegurada durante los primeros 45 días contados a partir del inicio de vigencia de la póliza del PJF y durante 15 días contados a partir del octavo mes; después de este plazo no podrán solicitar trámites de baja o decremento de suma asegurada.

Las personas servidoras públicas que no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25 años, padres, suegros, etc.) podrán realizar la baja, mediante llenado de formato correspondiente, en los períodos establecidos en el párrafo anterior.

Para efectos de cobranza para la vigencia 2026 se iniciará con la aplicación de los descuentos en la quincena 3/2026 o de conformidad al calendario de cada área administrativa, los movimientos de bajas de asegurados, decrementos o cancelaciones de suma asegurada que se realicen durante los primeros 18 días aplicarán de manera retroactiva al inicio de la vigencia.

Después de los períodos especificados en párrafos anteriores, no se podrá solicitar el alta, baja en el seguro de ningún dependiente económico (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años, hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros), ni se podrá solicitar la disminución o cancelación de la potenciación de suma asegurada, o la contratación de la Tabla de I.Q. a 60 UMAMVCDMX.

Las únicas excepciones al punto anterior serán los casos en que se cumplan los siguientes supuestos:

Las personas servidoras públicas de nuevo ingreso al PJF, contarán con 90 días naturales a partir de la fecha de ingreso para asegurarse como titulares de la póliza.

Las personas servidoras públicas de nuevo ingreso al PJF, contarán con 90 días naturales a partir de la fecha de ingreso para asegurar a su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos menores de 25 años con lo que se reconocerá el alta a partir de la fecha de ingreso de la persona servidora pública. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

Las personas servidoras públicas de nuevo ingreso podrán solicitar el alta de sus hijos(as) mayores de 25 años que sean solteros y dependientes económicos, así como padres y/o suegros sólo dentro de los 45 días naturales posteriores a la fecha de ingreso, haciendo efectivo dicho movimiento a la fecha de la solicitud (dentro de estos 45 días) del interesado. Después de este período no podrán solicitar

su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

Los aseguramientos de nuevos hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, adoptados o las personas respecto de las cuales se ejerza la patria potestad, presentando para ello el documento oficial que lo acredite, por lo que el titular deberá solicitarla la incorporación de sus hijos(as) dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento u ocurrencia del hecho. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

Si el asegurado titular contrae matrimonio durante la vigencia, el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo podrá pertenecer a la colectividad asegurada desde la fecha de su matrimonio civil o cualquier otra figura legalmente reconocida por la legislación civil como el concubinato, siempre y cuando el titular solicite la incorporación de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del matrimonio o expedición del documento que formalice el vínculo. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

El asegurado Titular podrá solicitar la baja de su cónyuge en caso de divorcio, cuyos efectos procederán a partir de la fecha del mismo, siempre y cuando lo solicite dentro de los siguientes 90 días naturales. Después de este período, no podrá solicitar su baja sino hasta el inicio del siguiente período de aseguramiento.

Las personas servidoras públicas que soliciten de manera simultánea la baja de un cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo asegurado por otro cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo nuevo en la póliza, deberán solicitar la baja y el alta de forma simultánea, de lo contrario ya no se podrá solicitar el aseguramiento nuevo ni la baja hasta el siguiente período de aseguramiento.

Podrán incorporarse a otra póliza de alguna de las áreas del PJF las personas servidoras públicas que causen baja de una póliza del PJF en la que hubieran sido titulares o dependientes, en razón del término de nombramiento, renuncia, suspensión o cese, sin importar el parentesco con el que nuevamente se aseguren. Este beneficio procederá también para sus dependientes (cónyuge, concubina,

concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres o suegros) que hubieren estado asegurados a la fecha de baja, siempre y cuando se solicite dentro de los 45 días naturales posteriores a la baja. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

En caso de que se presente el fallecimiento durante los primeros nueve meses del año de algún dependiente económico protegido en la póliza, el movimiento de baja será operado a la fecha del suceso, siempre y cuando éste se informe durante el año del acontecimiento, sin embargo, si el suceso ocurre durante el último trimestre del año, tendrán 90 días a partir del inicio de vigencia del siguiente año para reportar el movimiento de baja, y este será operado a la fecha del suceso, en caso contrario, la baja se considerará a la fecha de inicio del año que transcurre; en cuyo caso no podrá solicitarse la devolución de primas correspondientes toda vez que se trata de un ejercicio fiscal diferente.

Todo movimiento de altas, bajas de asegurados, incrementos de suma asegurada (potenciación) o decrementos de la misma, contratación de la Tabla de I.Q. a 60 UMAMVCDMX, etc., se realizarán por conducto de las áreas administrativas del PJF ante “LA INSTITUCIÓN”.

Causarán baja de la póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a comunicarlo por escrito o mediante el formato denominado “consentimiento para ser asegurado y autorización de retención de primas del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores” a “LA INSTITUCIÓN”, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Las personas, podrán continuar aseguradas a partir de la fecha de baja y hasta el término de ese año fiscal, con las mismas condiciones y beneficios contratados en la póliza, a petición expresa de los interesados, con la responsabilidad de pagar la prima correspondiente a cargo del Asegurado Titular y/o sus beneficiarios en una sola exhibición directamente en las oficinas de “LA INSTITUCIÓN”, el pago debe realizarse dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de baja, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán solicitar continuar asegurados en la colectividad, sin embargo,

sí podrán solicitar una nueva póliza individual haciendo uso del DERECHO DE CONVERSIÓN que se menciona en la cláusula 23 de estas condiciones generales.

No hay límite para el número de asegurados que opten por el derecho de continuidad, al causar baja de la póliza, siempre que paguen la prima en una sola exhibición, dentro de los 30 días naturales de su baja.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la póliza, “LA INSTITUCIÓN” devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado, en caso de que se realice el pago anual de las primas correspondientes.

En caso de baja del Asegurado Titular de la póliza igualmente causarán baja de la misma automáticamente tanto su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo como también, en su caso, sus hijos dependientes económicos o sus Padres tanto del Asegurado Titular como de su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo.

En caso del fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de la póliza, tanto su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o sus Hijos dependientes económicos menores de 25 años que le sobrevivan, podrán continuar asegurados por la Suma Asegurada Básica, hasta el término del año fiscal, sin costo de la prima básica para el contratante y/o asegurados, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán continuar asegurados en la colectividad, sin embargo, sí podrán solicitar una nueva póliza individual haciendo uso del DERECHO DE CONVERSIÓN que se menciona en la cláusula 23 de estas condiciones generales.

La suma asegurada potenciada, que en su caso, tuvieran contratada, podrá conservarse siempre y cuando ésta se solicite y se cubra por parte de los beneficiarios la prima correspondiente en una sola exhibición (en el supuesto de haber solicitado pago vía descuento por nómina) a “LA INSTITUCIÓN” dentro de los 30 días posteriores al fallecimiento del titular, debiéndose efectuar el pago mediante depósito bancario referenciado.

Asimismo “LA INSTITUCIÓN” dará la cotización del importe de primas correspondientes únicamente al incremento de suma asegurada o

hijos mayores de 25 años de edad y/o ascendientes que no han sido pagadas aun por el funcionario fallecido, en un plazo no mayor a 5 días hábiles de haber recibido la solicitud expresa.

Para acceder a este beneficio, será indispensable que el área administrativa, según corresponda, del PJF, a la cual se encontraba adscrito el asegurado titular fallecido, lo solicite mediante oficio a “LA INSTITUCIÓN”.

9. OBLIGACIONES DE “EL CONTRATANTE” Y LA “INSTITUCIÓN” RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS, Y SERVICIOS ADICIONALES.

I. Contratante

a. Dar de alta en el seguro de acuerdo con los tiempos señalados en la cláusula general 8, a todas aquellas personas que cumplan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.

b. Dar aviso a “LA INSTITUCIÓN”, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

c. Comunicar a “LA INSTITUCIÓN” las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada, así como las continuidades de todas las personas servidoras públicas del PJF al término de vigencia en los casos en que el Asegurado lo solicite.

d. Generar la cobranza para el pago de las primas adicionales a cargo de la persona servidora pública que se descuentan vía nómina, de conformidad con el calendario establecido por el área administrativa según corresponda y le entregará a “LA INSTITUCIÓN” para su conciliación y aplicación.

II. De “LA INSTITUCIÓN”

a. Envío de reportes de siniestralidad separada por póliza y vigencia, dentro de los primeros quince días siguientes al término de cada

mes, conciliando estas cifras con las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal del área administrativa del PJF, de la siguiente manera:

- A la semana posterior al envío, cada área administrativa, según corresponda del PJF evaluará los reportes y remitirá a “LA INSTITUCIÓN” sus observaciones.

- “LA INSTITUCIÓN”, una vez que reciba los comentarios, en la siguiente semana devolverá los reportes con la respuesta a las correcciones u observaciones que al caso procedan.

b. Generar y presentar a cobro los recibos correspondientes a la prima básica a cargo de cada área administrativa que corresponda y de conformidad al tipo de pago contratado, emitiendo recibo en el que se incluyan todos los movimientos solicitados y de conformidad con las características requeridas por el área administrativa del PJF.

c. Revisar y conciliar con el área administrativa del PJF la aplicación de la cobranza que le fue entregada por el pago de las primas adicionales a cargo de la persona servidora pública que se descuentan vía nómina, de conformidad al calendario establecido por cada área administrativa del PJF y con las características de ésta.

d. Realizar conciliaciones de cobranzas semestrales y/o anuales de la población asegurada de conformidad con las características requeridas por cada área administrativa del PJF, a efecto de verificar la correcta aplicación del pago de primas básicas, adicionales y/o a cargo de las personas servidoras públicas, y en su caso “LA INSTITUCIÓN” deberá efectuar el ajuste correspondiente.

“LA INSTITUCIÓN” deberá notificar al contratante, dentro de los siguientes 15 días naturales, posteriores a la fecha de recepción de la información del pago de primas correspondientes a la segunda quincena de cada mes, descontadas vía nómina, los ajustes que, en su caso, fueran procedentes.

e. Verificar que las personas servidoras públicas y sus dependientes económicos se encuentren asegurados en una sola póliza; para lo cual deberá privilegiar la titularidad de las personas servidoras públicas

y para los dependientes se considerará únicamente la póliza de mayor suma asegurada, en caso contrario serán cancelada(s) la(s) demás. Lo anterior previa autorización de cada área administrativa, presentando un reporte mensual de dicha situación a cada área administrativa del PJF.

Asimismo, se obliga a verificar las duplicidades de asegurados que existan entre las personas servidoras públicas adscritas al PJF, presentando un reporte mensual de dicha situación a cada área administrativa del PJF.

f. “LA INSTITUCIÓN” deberá entregar en forma trimestral vía electrónica el directorio de hospitales y médicos en convenio, así como los laboratorios, gabinetes y farmacias actualizado a la fecha de entrega.

g. Al término de la vigencia “LA INSTITUCIÓN” deberá entregar un reporte completo y detallado de todos los pagos realizados que contenga como datos mínimos los siguientes: Número de Siniestro, Póliza, Suma Asegurada correspondiente, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), año, período del reporte, consecutivo de liquidación, fecha primer gasto, fecha de pago, fecha de registro, ciudad, estado, descripción del padecimiento, hospital o proveedor, deducible, coaseguro, importe pagado sin IVA, IVA, importe pagado con IVA, tipo de siniestro, tipo de pago, origen del siniestro (póliza del PJF u otra póliza) y remanente de suma asegurada.

h. “LA INSTITUCIÓN” deberá contar con un Centro de Atención Telefónica gratuito, con personal especializado que conozca e informe las condiciones del PJF y que proporcione la atención de manera directa en caso de algún siniestro, las 24 horas del día, los 365 días del año.

En caso de que las personas aseguradas estimen que el servicio recibido es deficiente, podrán solicitar la atención de otro ejecutivo y la compañía aseguradora deberá canalizarlos. Adicionalmente se ofrecerá un correo electrónico de quejas quejas.sugerencias.pjf@banorte.com para disposición de los asegurados, garantizando que estas sean atendidas en un plazo no mayor a 7 días hábiles.

i. “LA INSTITUCIÓN” deberá contar con un canal digital mediante

el cual los asegurados puedan obtener información relevante en relación con sus pólizas de seguro, como pueden ser:

- Consulta, descarga de pólizas y comprobantes fiscales.
- Contar con la opción de poder gestionar y consultar los trámites de siniestros, así como contar con un elemento de interfaz de usuario en la herramienta que oriente al asegurado y en caso de que aun así exista necesidad de asesoría podrá ser atendido a través del Centro de Atención Telefónica.
- La compañía aseguradora proporcionará diversos reportes, para verificar los tiempos y niveles de servicio, acordando previamente entre las partes la información que deberá contener los reportes y su periodicidad; así como el tiempo que le llevará a la compañía de seguros elaborarlos.

10. EDAD.

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

- a. Asegurados Titulares y Cónyuges, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo sin límite.
- b. Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo hasta los 89 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 90 años de edad. Los ascendientes y suegros se aseguran siempre que sean menores de 90 años. Al cumplir 90 años, se cancela el seguro, en el ejercicio fiscal inmediato siguiente.
- c. Hijos del Asegurado Titular, desde el nacimiento hasta los 24 años de edad, sin costo para el Asegurado Titular. Se mantendrán asegurados automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 25 años de edad, así como para el resto de las vigencias, hasta en tanto el Asegurado Titular solicite de manera expresa mediante el llenado del formato la baja correspondiente, iniciando la aplicación del descuento vía nómina por este concepto, con cargo a la persona servidora pública titular, al aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado cumpla los

25 años de edad.

Los hijos se aseguran con cargo al PJF, siempre que sean menores de 25 años.

d. Hijos solteros mayores de 25 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el asegurado contraiga matrimonio.

La baja se realiza a solicitud de la persona servidora pública de conformidad a las bases.

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

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados en el contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara. "LA INSTITUCIÓN" reintegrará el 100% de la prima de ese asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la póliza. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que "LA INSTITUCIÓN" tenga conocimiento del hecho.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCIÓN" estará obligada a reembolsar el 100% de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.

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

La revisión de la edad, para la actualización de la prima, de hijos, ascendientes y suegros, sólo se llevará a cabo al inicio del ejercicio fiscal en la renovación de la póliza y se considerará para el cambio en la prima a cargo del titular.

La revisión se hará considerando las fechas del 31 de diciembre de 2025.

11. RESIDENCIA.

Para efecto del contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

12. PRIMAS.

La prima de los Asegurados titulares se determinará en función de la suma asegurada de cada uno, y queda a cargo del contratante el pago en la forma convenida.

El pago de la prima de seguro básica del cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y de los Hijos menores de 25 años de edad quedarán a cargo del Contratante; el pago de la prima de seguro por los Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años, quedará a cargo del Titular, quien lo efectuará en forma anual o mediante cargo a su salario a través de su descuento quincenal en el sistema de nómina del Contratante.

El pago de la prima de la suma asegurada potenciada, Tabla de I.Q. a 60 UMAMVCDMX, de los Asegurados Titulares y, en su caso, la de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros menores de 25 años de edad y/o padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años de edad así como de las coberturas adicionales para ascendientes (padres y suegros) e hijos mayores de 25 años, contratadas de manera voluntaria por el Asegurado Titular, se determinará de acuerdo al monto de suma asegurada elegida por éste, quien efectuará su pago en forma anual o mediante cargo a su salario a través de descuento por el sistema de nómina de cada área administrativa.

La suma asegurada básica del titular o, en su caso, la suma asegurada potenciada que contrate, será la misma para el titular y para su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros menores de 25 años de edad y/o padres del

Asegurado Titular y/o padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

La suma asegurada potenciada a la que podrán acceder los ascendientes (padres y suegros) será hasta 592 UMAMVCDMX y para hijos mayores de 25 años será hasta 1000 UMAMVCDMX.

“LA INSTITUCIÓN” está obligada a presentar a cobro las primas a cargo del contratante y dar aviso de su vencimiento en el domicilio legal del contratante, a más tardar en un plazo no mayor a 30 días naturales.

El pago de la prima a cargo de los asegurados titulares, deberá efectuarse en las oficinas de cada área administrativa y/o a través del sistema de nómina, para el caso del descuento quincenal.

Será responsabilidad de la persona servidora pública titular, efectuar el pago de primas de potenciación, en los casos en que no tenga capacidad de descuento en nómina.

“LA INSTITUCIÓN” se compromete a que la base de datos inicial que le entregue la parte asegurada y que comprenderá la población general de asegurados, deberá mantenerse actualizada durante la vigencia de la póliza, incluyendo las altas, bajas y/o modificaciones correspondientes a la vigencia contratada, mismas que servirán de base para la expedición de certificados y tarjetas impresas o digitales de identificación de aseguramiento.

La prima de Seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad la persona servidora pública contratante.

En cuanto a los Ascendientes e Hijos deberá considerarse los topes máximos de edad en cada ejercicio fiscal.

La falta de pago en la potenciación implicará la cancelación de dicho plan. Siempre y cuando sea resultado de la conciliación de primas voluntarias por cada área administrativa y “LA INSTITUCIÓN”.

13. PERIODO DE GRACIA.

Se gozará de un lapso de treinta días naturales a partir del aviso del cobro y conciliación respectiva para liquidar el total de la prima pactada.

14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN Y PENAS CONVENCIONALES.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos, el asegurado liquidará el deducible obligatorio y, en su caso, el coaseguro correspondiente de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza (cuyo tope será de 30,000 m.n. por cada siniestro).

PAGO DE RECLAMACIONES.

“LA INSTITUCIÓN” sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos efectuados en Hospitales o Sanatorios y clínicas debidamente autorizados.

“LA INSTITUCIÓN” se compromete a que en el término de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza establecerá convenios con hospitales en aquellos lugares en donde no se tiene, siempre y cuando el o los proveedores contactados para dichos convenios acepten establecerlos. Mientras tanto durante el período de su establecimiento, la cobertura se amparará de la siguiente forma:

Si dentro de esos 30 días un asegurado llegase a requerir de los servicios Médicos de una Institución Hospitalaria en los términos amparados por la póliza que no se encuentre en convenio con la Red Médica con “LA INSTITUCIÓN”, esta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones que se generen a cargo del asegurado, siempre y cuando el Hospital y/o Médicos acepten sus políticas de pago directo.

Para tales efectos “LA INSTITUCIÓN” se comunicará y establecerá con la Institución Hospitalaria que atienda al Asegurado, el pago de estos gastos, en un plazo no mayor de 24 horas hábiles contadas a partir del momento en que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación de la Red Médica Nacional de

“LA INSTITUCIÓN” y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada “LA INSTITUCIÓN” con otras Instituciones y/o Médicos. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

No se hará por parte de “LA INSTITUCIÓN” pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencias o asistencias sociales donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

Las reclamaciones tramitadas en la ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que “LA INSTITUCIÓN” o persona autorizada por “LA INSTITUCIÓN” reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito y previa solicitud del asegurado titular “LA INSTITUCIÓN” pagará una penalización de 2 UMADVCDMX por cada día natural de retraso.

Transcurrido el lapso de un año “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico para el pago de reembolsos complementarios por parte de “LA INSTITUCIÓN”.

En el caso de las terapias de rehabilitación transcurrido el primer ciclo de terapias prescritas por el médico tratante, “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico en el que indique el estado actual del asegurado y, en su caso, la justificación del siguiente ciclo.

PENAS CONVENCIONALES Pena convencional por atraso en la atención al asegurado y sus dependientes:

a) Para movimientos de altas, bajas de asegurados e incrementos de suma asegurada solicitados a partir del 15 de marzo del ejercicio fiscal correspondiente, se aplicará una penalización a “LA INSTITUCIÓN” de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso en la emisión de las pólizas requeridas. El tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder los 10 días hábiles

a partir de la recepción de la documentación completa por parte de “LA INSTITUCIÓN”.

b) Para movimientos de altas, bajas de asegurados e incrementos de suma asegurada solicitados a partir del 15 de marzo del ejercicio fiscal correspondiente, se aplicará una penalización a “LA INSTITUCIÓN” de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso en la reexpedición de pólizas y correcciones de errores requeridas por el asegurado. El tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder los 5 días hábiles a partir de la recepción de la documentación completa por parte de “LA INSTITUCIÓN”.

c) Por el atraso en la entrega de órdenes de pago (notas de crédito) requeridas por el asegurado por devolución de primas pagadas en exceso, se podrá sancionar a “LA INSTITUCIÓN” con una pena convencional de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso. El tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder los 15 días hábiles a partir de la solicitud realizada por el contratante a la institución. Siempre y cuando la Institución haya recibido las primas de seguros del área administrativa correspondiente, así como el desglose de estas, en caso contrario deberá computarse el tiempo a partir de la fecha de recepción de esta información.

d) El atraso en la respuesta a la solicitud de programación de cirugía o tratamiento médico, se podrá sancionar a “LA INSTITUCIÓN” con una pena convencional de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso, el tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder a los 5 días hábiles a partir de la entrega completa de la documentación solicitada.

e) Por el atraso en el depósito o pago del reembolso, se podrá sancionar a “LA INSTITUCIÓN” con una pena convencional de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso, el tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder a los 12 días naturales a partir de la entrega completa de la documentación solicitada.

Para los incisos a), b), c), d) y e) las personas servidoras públicas aseguradas informarán a las áreas administrativas del PJF sobre el incumplimiento de los plazos establecidos. Las áreas administrativas del PJF realizarán la revisión con la aseguradora y, en su caso, solicitarán el pago de la penalización correspondiente. Estas penalizaciones no podrán exceder el monto del deducible y el periodo

para solicitar su revisión será dentro de los 3 meses posteriores al incumplimiento.

El monto o cantidad resultante de la penalización será aplicada a favor del reclamante, dentro del proceso de indemnización.

Para efectos de este programa se entiende como reclamante al titular del certificado afectado en la reclamación, sea por atención prestada al mismo, o bien, a alguno de sus dependientes amparados por el programa.

15. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a. PAGO DIRECTO.

El Sistema de Pago Directo considerado en la póliza opera, además de los términos estipulados en las DEFINICIONES de la misma, en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera de atención médica o ingreso a un Hospital y obtenga los servicios de Médicos y Hospitales de la Red Médica o el Médico tratante acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio con “LA INSTITUCIÓN”, cuyo deducible obligatorio referido en la cláusula 14 anterior, deberá ser cubierto por el asegurado directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado, así como el pago de coaseguro que, en su caso, corresponda de conformidad con lo establecido en la cláusula general 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro cubierto por la póliza y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a los honorarios, salvo los gastos no cubiertos de acuerdo con las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la póliza.

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS

Trámite. - La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con cinco días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en que “LA INSTITUCIÓN” valorará la intervención y/o tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe de entregar en el área de admisión del Hospital y al Médico tratante.

En el caso de que se trate de un Médico que no pertenezca a la Red Médica pero que haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico, deberá expresarlo por escrito.

Para los trámites de programación de cirugías, tratamientos, o medicamentos, “LA INSTITUCIÓN” tendrá hasta 5 (cinco) días hábiles para proporcionar la respuesta.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite. - El servicio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación del seguro y/o certificado individual en forma física o digital y su estancia sea mayor a 24 horas.

El servicio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio con “LA INSTITUCIÓN” o aun no perteneciendo a la misma haya aceptado por escrito el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para informar la procedencia del Reporte en el Hospital “LA INSTITUCIÓN” por conducto de un representante informará al asegurado, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a “LA INSTITUCIÓN” y de que ésta cuente con toda la información necesaria para emitir dictamen correspondiente.

“LA INSTITUCIÓN” podrá nombrar un Médico para verificar en el Hospital en que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

En cualquiera de los dos procedimientos anteriores, cuando el médico tratante no pertenezca a la Red, será responsabilidad del Asegurado obtener la firma de conformidad del Médico, en el formato o mediante escrito la aceptación del monto de los honorarios que “LA INSTITUCIÓN” cubrirá de acuerdo con el tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato o escrito deberá firmarse por cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales “LA INSTITUCIÓN” deberá cubrir sus honorarios

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación

que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad el Asegurado pagará el deducible y en su caso, coaseguro correspondiente de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

b. REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos, podrá solicitar mediante reembolso, y “LA INSTITUCIÓN” le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente y el coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalarias conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines establezca “LA INSTITUCIÓN” o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal del área administrativa del PJF señalada en la carátula de la póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación respectiva. En caso de que la documentación sea incompleta “LA INSTITUCIÓN” deberá informar en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que se requisiite.

“LA INSTITUCIÓN” cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos tramitados en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en el interior de la República, dentro de los siguientes doce días naturales contados a partir de la fecha en que se hubiere recibido la reclamación debidamente requisitada por el Asegurado en el módulo antes mencionado o en las oficinas de “LA INSTITUCIÓN” o en las áreas de Recursos

Humanos o de Servicios al Personal del área administrativa del PJF señalada en la carátula de la póliza.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito “LA INSTITUCIÓN” pagará 2 UMADVCDMX por cada día natural de retraso a solicitud del Asegurado o del área administrativa del PJF correspondiente.

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

1. Formato Informe del Reclamante debidamente requisitado y firmado.
2. Formato Informe Médico debidamente requisitado en todas sus partes y firmado, por cada médico o terapeuta que participe en la atención.
3. Facturas, en su caso con el desglose de los gastos correspondientes, recibos de honorarios, etc., que satisfagan los requisitos fiscales vigentes (entregar archivos electrónicos PDF y XML) de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados, señalando que la prescripción médica deberá actualizarse por lo menos cada 6 meses.
5. Gastos hospitalarios, recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando. En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Formato de autorización para realizar pago (convenio de autorización para pago de transferencia). En caso de modificar la

cuenta otorgada, deberá requisitar el formato correspondiente al cambio de cuenta. Acompañados con copia del estado de cuenta bancario, no mayor a tres meses de vigencia.

7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario copia fotostática de la interpretación, en su caso desglose de la factura.

8. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

9. En caso de rehabilitación de cualquier tipo, deberá presentar, además del informe médico, receta del médico tratante que prescribe el número de sesiones, así como la bitácora de asistencia a la misma.

El mecanismo y/o procedimiento de pago de suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado titular, encontrándose éste en proceso de atención médica para el caso de reembolso o durante el trámite de reclamación que se aplicará es: las transferencias electrónicas resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge o concubina(o), concubinario o pareja del mismo sexo, en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

Cuantía del reembolso. - La cantidad que "LA INSTITUCIÓN" pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza.

2. A la cantidad resultante se descontará en su caso, primero el deducible y después, de ser aplicable, la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por siniestro, de conformidad con las condiciones generales de la póliza y la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

3. El deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad o accidente cubiertos de conformidad con las condiciones generales de la póliza.

4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

c. PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un Hospital, sean liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción en los términos estipulados de la póliza.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, conforme a lo establecido en las condiciones de la póliza.

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

d. COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por

el asegurado en forma anterior y posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por “LA INSTITUCIÓN” por pago directo, aplicando para ello los términos establecidos en las condiciones de la póliza.

16. OTROS SEGUROS.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en la póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras Compañías Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Institución ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Institución.

En la combinación de otros seguros, los asegurados podrán presentar a “LA INSTITUCIÓN” las facturas o recibos de honorarios que la primera no hubiera cubierto, por concepto de participación de deducible o coaseguro, haciendo mención que tendrá obligación de realizar el pago del deducible contemplado en la póliza del PJF.

17. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso (el asegurado) podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio, el Contratante y “LA INSTITUCIÓN” expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la **SCJN**.

18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA PARA NUEVAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS.

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por

otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

19. INTERÉS MORATORIO.

Si “LA INSTITUCIÓN” 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 como lo establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, conforme a lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

20. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en las fechas de terminación indicadas en la póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Cualquiera de las causas establecidas en el contrato.
- b. La cancelación de la póliza a solicitud del contratante.
- c. El término del período de gracia antes del pago de la prima completa o de cada una de las fracciones pactadas en el Contrato.

Para el caso de que “LA INSTITUCIÓN” pretenda dar por terminado o concluir el contrato póliza anticipadamente, esto sólo podrá surtir efecto hasta noventa días naturales después de que se notifique por escrito dicha decisión al área administrativa del PJF señalada en la carátula de la póliza.

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El PJF podrá participar en las utilidades que obtenga “LA INSTITUCIÓN” en este seguro una vez transcurridos 730 días posteriores a cada aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas netas pagadas (sin I.V.A.) de las coberturas básicas y adicionales (pagadas por el PJF), y potenciadas menos el monto de siniestros (sin I.V.A.) que afecten estas mismas coberturas, ocurridos en el ejercicio de todas las áreas administrativas del PJF. El dividendo se otorgará a favor de la contratante por ser quien paga las primas de estas coberturas.

La participación de utilidades aplicará **para todos los planes de contratación (Básica, Adicional y Potenciada).**

Para lo anterior, “LA INSTITUCIÓN” estará obligada a llevar un control detallado de todos los siniestros, mediante el cual presente con la periodicidad que le sea requerida, la siniestralidad agrupada por cobertura afectada (Básica, Adicional y Potenciada), lo anterior sin menoscabo de cualquier otro tipo de reporte que esté previsto dentro de los documentos de este programa.

Para efecto de la determinación de dicho dividendo, “LA INSTITUCIÓN” efectuará al final de los 730 días posteriores a cada aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

- a. Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas de las coberturas Básicas, Adicionales y Potenciadas de cada aniversario de la póliza, se deducirá el importe de los

siniestros que afecten estas coberturas, reclamados y pagados del mismo período.

En caso de que “LA INSTITUCIÓN” haya pagado los dividendos y con posterioridad al pago de estos se presenten otras reclamaciones procedentes, el área administrativa devolverá a la “LA INSTITUCIÓN” la parte correspondiente de los dividendos, y que en caso contrario, “LA INSTITUCIÓN” quedará relevada de cualquier responsabilidad.

b. Si la suma de los siniestros reclamados en el período es mayor que el mencionado porcentaje de la prima pagada y devengada, no se otorgará dividendo al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza.

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

A continuación, se presenta la clasificación de hospitales considerando la aplicación de deducible y coaseguro conforme a la suma asegurada contratada, para enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza:

Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX	Clasificación de Hospitales	Deducible	Coaseguro	Observaciones
111 148 185 333	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2.5 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 4.5 UMAMVCDMX	20%	La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.
444 o más	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2.5 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 4.5 UMAMVCDMX	0%	El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo con el tipo de hospital.
111 148 185	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2.5 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 4.5 UMAMVCDMX	15%	Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$30,000.00 por cada siniestro.
333 o más	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2.5 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 4.5 UMAMVCDMX	0%	Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención no implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$30,000.00.
111 o más	Tipo "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2.5 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 4.5 UMAMVCDMX	0%	

Para aquellos hospitales que no estén en convenio con "LA INSTITUCIÓN" el coaseguro se considerará como hospital de clasificación tipo "C".

En el supuesto que algún prestador de servicio médico sea dado de baja de la edad de la red médica de "LA INSTITUCIÓN", deberá informarlo a la convocante y sustituir a dicho prestador de servicio.

TABLA HOSPITALES

RELACIÓN DE HOSPITALES

HOSPITALES TIPO "A"	HOSPITALES TIPO "B"	HOSPITALES TIPO "C"
Ciudad de México -Hospital Ángeles del Pedregal -Hospital Ángeles de las Lomas -Hospital ABC -Hospital ABC Santa Fe -Star Médica Centro -Stat Médica Infantil Privado Guadalajara, Jal. -Hospital Real San José de Zapopan -Hospital Ángeles del Carmen Cd. Juárez, Chih. -Hospital Ángeles Cd. Juárez -Ángeles Chihuahua -Star Médica Cd. Juárez -Star Médica Chihuahua Puebla, Puebla. -Hospital Ángeles Puebla Tijuana, B.C. -Hospital Ángeles de Tijuana -Aguascalientes, Agsc. -Central Médico Quirúrgica -Grupo Star Médica Saltillo, Coahuila -Christus Muguerza -Hospital Saltillo	Ciudad de México -Hospital Sports Clinic WTC, Lomas y Satelite. -Hospital Ángeles Metropolitano -Hospital Dalinde -Centro Médico Tiber -Hospital Angeles Mocel -Hospital Español -Hospital Médica Sur Tijuana, B.C. -Hospital Excel Chihuahua, Chih. -Clínica del Centro, Chihuahua -Christus Mugerza del Parque Cd. Juárez, Chih. -Centro Médico de Especialidades de Cd. Juárez Saltillo, Coah. -Hospital Muguerza Hospital de Saltillo León, Gto. -Hospital Aranda de la Parra Guadalajara, Jal. -Hospital Hospital San Javier -Hospital México Americano -Hospital Country 2000 Puerto Vallarta, Jal. -Hospital San Javier Marina	Ciudad de México e Interior de la República Mexicana Resto de los Hospitales en convenio

RELACIÓN DE HOSPITALES

HOSPITALES TIPO "A"	HOSPITALES TIPO "A"	HOSPITALES TIPO "B"
Torreón, Coahuila -Hospital Angeles Torreón León, Gto. -Hospital Ángeles de León Puerto Vallarta, Jal. -Hospital Amerimed Monterrey, N.L. -Hospital Muguerza Monterrey -Hospital San José de Monterrey -TEC de Monterrey -Hospital y Clínica Oca -Santa Engracia -Hospital Angeles Cima Monterrey -Centro Médico Sambrano Helió -Doctors Hospital -Angeles Valle Oriente Querétaro, Qro. -Hospital Angeles de Querétaro -Star Médica Querétaro Cancún, Q. Roo -Hospital Galenia de Cancún Villahermosa, Tabasco -CERACOM -Angeles Villahermosa Xalapa, Veracruz -Hospital Angeles Xalapa -Star Médica Veracruz Estado de México -Star Médica LunaPark -Star Médica Vivo parador -Azteca -Star Médica Lomas Verdes -Star Médica Vivos Bicentenario	Morelia Michoacán -Star Médica Morelia San Luis Potosí -Star Médica SLP -Grupo Star Médica Merida, Yucatán -Star Médica Mérida	Estado de México -Hospital Ciudad Satélite -Hospital Río de la Loza -Sport Clinic Monterrey, N.L. -Cristus Muguerza Hospital Sur -Cristus Muguerza Concepción -Hospital de Ginecología y Obstetricia Querétaro, Qro. -Hospital San José Cancún, Q. Roo -Hospital Americano de Cancún -Médica San Miguel de Cozumel, S.A. de C.V. Culiacan, Sin. -Hospital Angeles de Culiacán Hermosillo, Son. -Hospital Licona de Hermosillo -Hospital Cima de Hermosillo Cuernavaca, Mor. -Sanatorio Henry Dunant Cozumel Q. Roo -Clínica Medica San Miguel de Cozumel -Clínica Villanueva

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

23. DERECHO DE CONVERSIÓN

Los asegurados con el derecho de conversión, serán aquellos titulares o sus dependientes asegurados que dejen de pertenecer a la colectividad asegurada en póliza institucional del PJF, o cuando ya no sean elegibles los dependientes, siempre y cuando lo solicite por escrito el propio asegurado a “LA INSTITUCIÓN”, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la colectividad asegurada, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad siempre y cuando no exista un periodo al descubierto para la solicitud y no se realice el pago en un periodo mayor a 30 días en cuyo caso, le será expedida una póliza individual de gastos médicos mayores por “LA INSTITUCIÓN”, quedando a su cargo el pago total de la prima correspondiente.

Cuando se solicite el derecho de conversión deberá considerarse una póliza en similares condiciones que se tenía en la póliza colectiva.

El pago estará sujeto a que la aseguradora entregue la póliza y el recibo de pago correspondiente dentro del mismo término, en horario de pago oportuno en ventanilla de instituciones bancarias.

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

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

En caso de que el asegurado tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con “LA INSTITUCIÓN” a la fecha de alta a la póliza individual derivada del derecho de conversión o, realizara un cambio de plan a un seguro individual, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la

baja del seguro anterior.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se da de alta la póliza individual, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de la póliza, se aplicarán los límites de suma asegurada, deducible y coaseguro, etc., especificados en las Condiciones Generales y endosos de la póliza individual. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inició el siniestro.

La solicitud por escrito del Asegurado a “LA INSTITUCIÓN” para la contratación de una póliza individual de gastos médicos mayores deberá ser dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja el Asegurado de la colectividad de la póliza. El inicio de la vigencia de la póliza individual será a partir de la fecha de baja de la colectividad asegurada. Lo anterior, es con la finalidad de evitar períodos descubiertos para el Asegurado.

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

- Escrito del Asegurado dirigido a “LA INSTITUCIÓN” señalando: la forma de pago elegida y su RFC con homoclave.
- Copia de la cotización elegida.
- Copia simple de:
 - Identificación oficial (IFE/INE),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono, luz o predial, etc.).

Con la finalidad de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual, “LA INSTITUCIÓN” deberá indicar los datos completos (nombre, dirección, correo electrónico y teléfono) del personal que proporcionará la atención que requieran los Asegurados en cuanto a cotizaciones, dudas y seguimiento de emisión de la póliza.

La conversión a una Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores se dará a una Póliza Individual de las que comercializa “LA INSTITUCIÓN” con condiciones similares y los costos que correspondan quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Podrán ejercer el Derecho de Conversión Individual los asegurados

CONDICIONES GENERALES

que causen baja de la colectividad y, en su caso, hayan ejercido o no su derecho de continuidad al término del ejercicio fiscal. “LA INSTITUCIÓN” les renovará bajo el producto de póliza individual de gastos médicos mayores más cercana a las condiciones y precio que se tenía en la póliza colectiva.

La siniestralidad de las pólizas individuales (Derecho de Conversión) no forma parte de la siniestralidad generada en las pólizas institucionales del PJF.

24. AVISO DE PRIVACIDAD

AVISODEPRIVACIDAD: *Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.mx*

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de Diciembre de 2025, con el número CNSF-S0001-0428-2025