



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES
INSURGENTES SUR 452, COL. ROMA SUR, DELEG. CUAUHTÉMOC, C.P. 06760, TELEFONO 52 65 74 00 EXT. 7611
CONTRATO- PEDIDO

Recibi Original
C.P. L. Entero Pérez Lora
STPS
SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

NO. DE SOLICITUD: 10001419		FECHA DE CELEBRACIÓN AÑO: MES: DIA: 2017 02 13			VIGENCIA DEL: 14.02.2017 AL: 22.03.2017		PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN: ADJUDICACIÓN DIRECTA FUNDAMENTO LEGAL: ART 42 SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LAASSP			NO. DE PEDIDO: 4500001048	
PROVEEDOR: 100000056 METLIFE MÉXICO S.A. DOMICILIO: BOULEVARD MANUEL ÁVILA CAMACHO NO. 32, PISOS SKL, 14 AL 20 Y PH, COL. LOMAS DE CHAPULTEPEC, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, C.P. 11000, CIUDAD DE MÉXICO. R.F.C.: MME920427EM3							LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO: A nivel nacional partir de las 00:00 horas (horario de 24 horas) del día 14 de febrero de 2017 y hasta las 24:00 horas (horario de 24 horas) del día 22 de marzo de 2017.				
GARANTÍA DEL SERVICIO:				FECHA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO: 14.02.2017 AL 22.03.2017			GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO: SI () NO (X) MONTO:				
No.	PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES/SERVICIOS					CANTIDAD	UNIDAD	MONTO UNITARIO	MONTO TOTAL	
01	14403 "Cuotas para el seguro de gastos médicos del personal civil"	"SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MORES PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO FONACOT"					1	SER	717,663.62	717,663.62	
<p>QUE COMPRENDE: Seguro de Gastos Médicos Mayores para el personal de mando del Instituto FONACOT. Se solicita cobertura básica con suma asegurada de 300 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) y opción de potenciación con cargo para el empleado.</p> <p>VIGENCIA DEL SERVICIO De conformidad con lo establecido en el quinto párrafo del artículo 84 del Reglamento, su representada se obligará a proporcionar el servicio a nivel nacional a partir de las 00:00 horas (horario de 24 horas) del día 14 de febrero de 2017 y hasta las 24:00 horas (horario de 24 horas) del día 22 de marzo de 2017.</p> <p>AJUSTES Al día siguiente hábil al término de la vigencia de la póliza, se efectuará con "LA ASEGURADORA" el ajuste correspondiente, derivado del incremento o disminución de empleados de "EL INSTITUTO FONACOT", para lo cual "LA ASEGURADORA" deberá presentar el desglose correspondiente.</p> <p>PAGO DE PRIMAS DE PLAN BÁSICO. El pago de primas del plan básico se realizará en una sola exhibición.</p> <p>PAGO DE PRIMAS DE PLAN DE POTENCIACIÓN. El pago de primas del plan por potenciación se realizará dentro de los veinte días naturales siguientes a la presentación del Comprobante Fiscal Digital por Internet CFDI (factura electrónica) el cual debe estar a favor del titular que contrata la potenciación.</p> <p>GARANTÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO. El Prestador del Servicio deberá contar con la infraestructura necesaria, personal técnico especializado en el ramo, técnicas, procedimientos y equipos suficientes y adecuados, a fin de garantizar que el servicio objeto de esta licitación sea ejecutado con la calidad, oportunidad y eficiencia requerida, comprometiéndose a desarrollarlo a satisfacción de la Convocante. El administrador del contrato se encargará de comprobar, supervisar y verificar la realización correcta y eficiente del servicio objeto de esta licitación. Asimismo, indicará a la Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales las anomalías o deficiencias en el cumplimiento del contrato por parte del Prestador del Servicio, sobre los aspectos descritos con anterioridad, tal comunicación se hará por escrito y en la misma se fijará un plazo para la corrección que proceda.</p> <p>INDISPUTABILIDAD. La póliza es indisputable, consecuentemente, "LA ASEGURADORA" renuncia al derecho constituido a su favor, en los términos otorgados por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.</p>											
IMPORTE CON LETRA: OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 80/100 M.N.								SUBTOTAL		717,663.62	
ANTICIPO: N/A								I.V.A.		114,826.18	
CONDICIONES DE ENTREGA: *De conformidad al anexo técnico presentado por la Dirección de Recursos Humanos que se adjunta al presente pedido.								TOTAL		832,489.80	
POR EL PROVEEDOR: C. María Fernanda Esparza Jaime Representante Legal		ÁREA SOLICITANTE: C.P. Leopoldo Rubio Fernández Director de Recursos Humanos		ADMINISTRADOR DEL PEDIDO: C.P. Leopoldo Rubio Fernández Director de Recursos Humanos		ÁREA CONTRATANTE: C.P. Beatriz Eajardo Espinoza Subdirectora en Adquisiciones		POR EL INSTITUTO FONACOT: Mtro. Edgar Guillermo Urbano Aguilar Director de Recursos Materiales y Servicios Generales			

Recibi original
Richardo Garcia Julio

PECIDO que celebran por una parte EL INSTITUTO FONACOT, en lo sucesivo "El Instituto" y por la otra "El Prestador del Servicio", señalado en el anverso del presente instrumento, al tenor de las Declaraciones y Cláusulas siguientes:

DECLARACIONES

I. DECLARA EL REPRESENTANTE DEL INSTITUTO FONACOT:

- I. Que el INSTITUTO FONACOT es un organismo público descentralizado de interés social, con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como con autosuficiencia presupuestal y sectorizado en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, de conformidad con lo establecido en la Ley del Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 24 de abril del 2006.
- II. Que su representado se encuentra inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con la clave IFN060425C53.
- III. Que cuenta con facultades legales suficientes para obligar a su representado en los términos y condiciones de este "pedido" como se desprende de la Escritura Pública número 214,594, del 29 de octubre de 2015 otorgada ante la fe del Lic. Eutiquio López Hernández, notario público número 35 del Distrito Federal.
- IV. No tener ninguna relación de parentesco o afinidad con el PRESTADOR en términos de la fracción XX del Artículo 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- V. Que su representado tiene su domicilio en Avenida Insurgentes Sur No. 452, primer piso, Colonia Roma Sur, C.P. 06760, Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, Distrito Federal, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente "Pedido".

II.- DECLARA EL REPRESENTANTE DEL PROVEDOR BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

- I. Que su representada es una Sociedad Anónima, constituida conforme a las leyes mexicanas, como lo acredita mediante escritura pública número 15,776, de fecha 23 de abril de 2003, otorgada ante la fe del Lic. Antonio Andrade Pérez Moreno, Notario Público número 231, del Distrito Federal, actuando como suplente en el protocolo del Lic. José Eugenio Castañeda Escobedo, Notario Público número 212.
- II. Que cuenta con facultades legales suficientes para obligar a su representada en los términos y condiciones de este pedido como se desprende del instrumento número 14,608, de fecha 25 de agosto de 2016, otorgada ante la fe del Lic. Eduardo Francisco García Villegas Sánchez Cordero, Notario Público número 248 del Distrito Federal y se identifica con su credencial para votar con número de foto [REDACTED], expedida por el Registro Federal de Electores del entonces Instituto Federal Electoral, con año de vigencia al 2021.
- III. Que no tiene impedimento legal alguno para contratar con la Administración Pública Federal, por lo que manifiesta bajo protesta de decir verdad que no se encuentra en ninguno de los supuestos establecidos por el artículo 50 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, ni participan con ella personas físicas o morales que se encuentran inhabilitadas por la Secretaría de la Función Pública, en términos del artículo 60 de la citada Ley.
- IV. Que su representada tiene la experiencia, capacidad técnica, financiera y legal, así como los elementos técnicos, humanos y materiales para obligarse al objeto del "Pedido".
- V. Que se encuentra al corriente en el cumplimiento de las obligaciones fiscales, en términos de lo previsto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.
- VI. Que para los fines y efectos legales del presente "Pedido" señala como domicilio de su representada el ubicado en BOULEVARD MANUEL ÁVILA CAMACHO NO. 32, PISOS SKL, 14 AL 20 Y PH, COL. LOMAS DE CHAPULTEPEC, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, C.P. 11000, CIUDAD DE MÉXICO.

Expuestas las declaraciones anteriores, las partes se sujetan a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL PEDIDO.- "El Prestador del Servicio" se obliga ante "El Instituto" a realizar la prestación de los servicios que se describen en el anverso del presente "Pedido".

SEGUNDA.- MONTO.- Las partes convienen que el monto a pagar por el objeto de este "Pedido" es el estipulado en el anverso del mismo, por lo que "El Prestador del Servicio" no podrá exigir por ningún otro concepto una cantidad mayor.

TERCERA.- PLAZO Y LUGAR DEL PAGO DE LOS SERVICIOS.- El INSTITUTO FONACOT pagará al PRESTADOR DEL SERVICIO el costo de los servicios dentro de los veinte días naturales posteriores a la presentación de la factura correspondiente, en el domicilio ubicado en Av. Insurgentes 452, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal, en un horario comprendido de las 09:00 a las 14:30 horas, de lunes a viernes; la factura deberá contener todos los requisitos que establecen las disposiciones fiscales, en los términos establecidos en el anverso, ya sea mediante depósito interbancario o cheque, en cuyo caso el pago se realizará en Av. Insurgentes 452, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal, en el horario de las 09:00 a las 14:00 horas, de lunes a viernes. El INSTITUTO FONACOT no realizará ningún pago si no han sido prestados previamente los servicios contratados, no se cuenta con la conformidad del área usuaria, no se entreguen las garantías o se incumpla con cualquier otro requisito solicitado en el presente Contrato-Pedido.

CUARTA. LUGAR Y FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. Los servicios contratados, serán prestados dentro de la fecha o plazo convenidos y en los domicilios señalados al anverso. Todos los gastos de transportación correrán a cargo del PRESTADOR DEL SERVICIO. La prestación se considerará concluida hasta la recepción de los servicios por parte del INSTITUTO FONACOT en los términos y condiciones pactadas en este instrumento y en él o en los lugares convenidos.

QUINTA. GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS. El PRESTADOR DEL SERVICIO otorga una garantía por la calidad de los servicios, cuya vigencia comprende el periodo señalado al anverso, contando a partir de la fecha de entrega a cargo del PRESTADOR DEL SERVICIO. El PRESTADOR DEL SERVICIO responderá por los defectos en sus materiales, mano de obra o vicios ocultos, obligándose a sustituir los servicios por otros nuevos y en las mismas condiciones convenidas en el presente instrumento jurídico. Si el PRESTADOR DEL SERVICIO, dentro de los 15 días naturales a la reclamación no sustituye los servicios, se obliga a devolver al INSTITUTO FONACOT el importe de los servicios pagados y no prestados, más los intereses generados a la tasa que establezca la Ley de Ingresos de la Federación del Ejercicio Fiscal vigente con pena convencional, haciendo efectiva la fianza de cumplimiento de contrato. Se procederá de igual manera tratándose de saneamiento por evicción.

SEXTA.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.- Con fundamento en lo preceptuado por los artículos 15 y 294 fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se exceptúa a su representada de presentar garantía de cumplimiento de contrato por considerarse de acreditada solvencia. En caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas, la Secretaría de la Función Pública procederá, conforme a lo dispuesto en los artículos 59 y 60 de la Ley.

SÉPTIMA. DEVOLUCIÓN DE LA GARANTÍA. La fianza a que se refiere la cláusula que antecede será liberada por el INSTITUTO FONACOT a través de la Subdirección General de Administración, una vez que el PRESTADOR DEL SERVICIO demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas en el presente contrato; para liberar la fianza será indispensable la manifestación expresa y por escrito del INSTITUTO FONACOT, con fundamento en el artículo 103 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

OCTAVA. OBSERVACIONES AL CONTRATO-PEDIDO. Convienen las partes en que el INSTITUTO FONACOT queda facultado para hacer las observaciones que estime pertinentes para el mejor cumplimiento del objeto de este Contrato-Pedido, las cuales serán atendidas de inmediato por el PRESTADOR DEL SERVICIO.

NOVENA. PENA CONVENCIONAL.- En términos de lo previsto por los artículos 53 de la Ley, 95 y 96 de El Reglamento, el Instituto FONACOT, aplicará al Prestador del Servicio, por la demora en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, de conformidad con lo establecido en el "anexo" del presente pedido.

DECIMA. PATENTES Y MARCAS. El PRESTADOR DEL SERVICIO será responsable exclusivo de cualquier reclamación derivada del uso o explotación de patentes o marcas de los servicios vendidos al INSTITUTO FONACOT.

DECIMA PRIMERA. MODIFICACIONES AL "PEDIDO".- Solamente en casos justificados, se podrán pactar incrementos en la cantidad de servicios, de acuerdo al artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DECIMA SEGUNDA. RESPONSABILIDAD SOBRE LOS SERVICIOS.- "El Prestador del Servicio" será responsable de los servicios prestados a satisfacción de "El Instituto". Asimismo, "El Prestador del Servicio" será responsable solidario por la negligencia, impericia o dolo en que incurran sus trabajadores en la prestación de los servicios.

DECIMA TERCERA. SUPERVISIÓN.- El área requirente de "El Instituto" será la responsable de administrar y vigilar el cumplimiento de las obligaciones del presente "Pedido", a través del servidor público que tenga a bien designar como Administrador del "Pedido", de conformidad a lo establecido en el artículo 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DECIMA CUARTA. RESPONSABILIDAD PENAL, CIVIL O ADMINISTRATIVA.- "El Instituto", estará libre de toda responsabilidad de naturaleza penal, civil o administrativa, ya sea de carácter federal o estatal que se genere en relación a la adquisición objeto del presente "Pedido". En caso de presentarse cualquier demanda en contra de "El Instituto", "El Prestador del Servicio" se obliga a responder por ello, así como rembolsar a "El Instituto", cualquier cantidad que por ese motivo hubiere tenido que erogarse.

DECIMA QUINTA. CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.- Ninguna de las partes será responsable de cualquier retraso o incumplimiento del presente "Pedido", que resulte directa o indirectamente de caso fortuito o de fuerza mayor, cuando éstos sean debidamente justificados y demostrados por la parte correspondiente.

DECIMA SEXTA. CAUSAS DE RESCISIÓN. Serán causas de rescisión del presente Contrato-Pedido, sin responsabilidad para el INSTITUTO FONACOT, si el PRESTADOR DEL SERVICIO: a) No prestar los servicios objeto de este Contrato-Pedido en la fecha pactada. b) No prestar los servicios de conformidad a lo establecido en el presente Contrato-Pedido, o sin motivo justificado no acata a lo establecido en el presente Contrato-Pedido, o por cualquier causa deja de tener capacidad técnica y los elementos necesarios para proporcionar los servicios adquiridos. d) Si el PRESTADOR DEL SERVICIO cede en forma parcial o total a terceras personas los derechos u obligaciones derivadas del presente Contrato-Pedido. e) No da al INSTITUTO FONACOT las facilidades y datos necesarios para la supervisión y verificación de los servicios contratados. f) Se declara en quiebra o suspensión de pagos o le sobreviene una huelga o por cualquier causa análoga. g) En general, por cualquier incumplimiento a las obligaciones pactadas en el presente Contrato-Pedido.

DECIMA SÉPTIMA. PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN. El incumplimiento del PRESTADOR DEL SERVICIO a cualquiera de sus obligaciones pactadas en el presente Contrato-Pedido, lo hará rescindible sin necesidad de juicio o declaración judicial previos, bastando para ello una notificación por escrito por parte del INSTITUTO FONACOT, contando el PRESTADOR DEL SERVICIO con cinco días hábiles para alegar lo que a su derecho convenga ante el INSTITUTO FONACOT, dicho escrito será evaluado por éste, de cuyo análisis conjuntamente con las causas que motivaron la notificación se dictará la resolución final.

DECIMA OCTAVA. CESIÓN DE DERECHOS. El PRESTADOR DEL SERVICIO no podrá en forma alguna ceder ni transferir en forma total o parcial los derechos y obligaciones derivados de este Contrato-Pedido, salvo los derechos de cobro, los que solo podrán ser cedidos con la aceptación expresa que por escrito otorgue el INSTITUTO FONACOT al PRESTADOR DEL SERVICIO.

DECIMA NOVENA. CONFIDENCIALIDAD.- "El Prestador del Servicio" se obliga a no divulgar la información que le sea proporcionada para cumplir con el objeto de este "Pedido", así como los datos y resultados obtenidos con motivo del mismo, ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones o de cualquier otra forma o medio, sin la autorización expresa y por escrito del "Instituto", pues dichos datos y resultados son propiedad de esta última, "El Instituto" podrá ejercer en cualquier tiempo, las acciones legales que se deriven de la violación a esta cláusula.

VIGESIMA. RESTRICCIÓN DE SUBCONTRATACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS.- "El Prestador del Servicio" se obliga a no subcontratar ni a ceder en forma parcial, ni total a terceras personas físicas o morales, los derechos y obligaciones derivadas de este "Pedido", con excepción de los derechos de cobro; en cuyo caso, "El Prestador del Servicio" deberá solicitar previamente la conformidad a "El Instituto".

VIGESIMA PRIMERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA. El INSTITUTO FONACOT podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato-Pedido mediante comunicación por escrito con 10 (diez) días hábiles de antelación al PRESTADOR DEL SERVICIO, cuando concurran razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados, y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas se ocasionaría algún daño o perjuicio al INSTITUTO FONACOT quedando únicamente obligado el INSTITUTO FONACOT a rembolsar al PRESTADOR DEL SERVICIO los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que éstos sean razonables, estén comprobados y se relacionen directamente con el Contrato-Pedido correspondiente, lo anterior de conformidad con lo previsto en el último párrafo del artículo 54 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 66 de su Reglamento.

VIGESIMA SEGUNDA DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS.- "El Instituto" se reserva el derecho de ejercitar, en cualquier momento, la acción legal correspondiente contra "El Prestador del Servicio" por calidad, defectos y vicios ocultos de los servicios objeto de este "Pedido".

VIGESIMA TERCERA. LEGISLACIÓN Y TRIBUNALES COMPETENTES. Para cualquier controversia que se suscite en la interpretación, cumplimiento y ejecución del presente Contrato-Pedido, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten, entre otras, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y a la normatividad que por el carácter de entidad paraestatal de la Administración Pública Federal del INSTITUTO FONACOT sea aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales competentes en la Ciudad de México, Distrito Federal, por lo tanto, renuncian expresamente al fuero que pudiera corresponderles, por razón de su domicilio presente o futuro.

Leído que fue por las partes y enteradas de su contenido y alcance legal, se firma el presente "Pedido", por 3 tantos por los que en él intervinieron, como constancia de su aceptación, en la Ciudad de México D.F., el 13 de Febrero del 2017.

Eliminado: Un número del quinto renglón del décimo párrafo. **Datos de la identificación Oficial Credencial para Votar con fotografía)** **Fundamento Legal:** artículo 116 Primer párrafo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; artículo 113 fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; artículo 3 fracción IX, 6, 18 primer párrafo y artículo 31 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; así como el lineamiento Trigésimo Octavo fracción I de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la elaboración de versiones públicas. **Motivación:** Se considera información confidencial la que contiene datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable.

**ANEXO I
ANEXO TÉCNICO**

EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 34 PÁGINAS, ANEXO QUE UNA VEZ RUBRICADO POR LAS PARTES FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO PEDIDO No 4500001048

Vo.Bo. DEL ÁREA REQUIRENTE





ANEXO TÉCNICO

I. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DE LOS SERVICIOS.

Se requiere la contratación del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el personal de mando del Instituto FONACOT, el cual tendrá una suma asegurada básica de 300 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) y opción de potenciación con cargo para el empleado.

PARTIDA	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
ÚNICA	Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores	Seguro de Gastos Médicos Mayores para el personal de mando del Instituto FONACOT. Se solicita cobertura básica con suma asegurada de 300 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) y opción de potenciación con cargo para el empleado.

II. ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO

1. Glosario de términos

Para efectos de la contratación y administración del Seguro Colectivo de Gastos Médicos se entenderá lo siguiente:

Accidente Cubierto: Es aquel acontecimiento ocasionado directamente por una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, que se origine dentro del período de vigencia de la presente póliza y requiera atención médica dentro de los noventa días naturales siguientes al evento que le dio origen y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en la misma. Queda entendido y convenido que el asalto, secuestro y violación se consideran accidente.

No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los acontecimientos señalados en el primer anterior, o de su tratamiento quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente que les dio origen.

Asegurado: Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular si es en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza o de Dependiente Económico del Asegurado Titular.

Aseguradora: Prestador del Servicio adjudicado responsable de proveer el servicio en los términos señalados en el presente documento.

Coaseguro: Porcentaje a cargo del Asegurado equivalente a 10%, con máximo del equivalente a 10 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada enfermedad cubierta, una vez descontado el deducible.

Se elimina su aplicación en los siguientes casos:

- 1) Accidente,




- 2) Emergencia médica,
- 3) Pago directo,
- 4) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico red,
- 5) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico fuera de red que se ajuste al tabulador de pago directo.

En caso de que no se cuente con el servicio médico y hospitalario de red en alguna localidad, el coaseguro aplicable quedará a cargo de la aseguradora.

Contratante: Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores, en lo sucesivo "EL INSTITUTO FONACOT", quien funge como representante legal para efectos de la presente póliza y es responsable ante "LA ASEGURADORA" del pago de las primas del seguro. Se entiende como representante legal a aquel facultado para la estipulación de obligaciones y derechos contractuales en la póliza y endosos, mas no para efectos de reclamaciones derivadas de la ocurrencia de siniestros y el correspondiente cobro.

Costo Razonable: Se entenderá como tal, aquél cuyo monto o valor ha sido fijado en aranceles, convencionalmente establecidos entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y "LA ASEGURADORA", en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización, siendo estos aranceles la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (Tabla de I.Q.) con base de 30 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente.

El monto máximo de los Gastos Médicos cubiertos por esta póliza, no podrá exceder, para médicos, hospitales o clínicas o sanatorios, laboratorios clínicos y de gabinete, radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros, con los que "LA ASEGURADORA" no tenga Convenio de Pago Directo, del Costo Razonable que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho Convenio y el cual estará en función del tipo de tratamiento o cirugía del hospital o clínica o sanatorio y/o localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.

Cuarto Privado Estándar: Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto de hospital o clínica o sanatorio, con teléfono, cama extra para un acompañante, televisión y baño privado.

Deducible: Cantidad a cargo del Asegurado equivalente a:

2 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad, que se debe pagar en cada evento de enfermedad cubierta, que no sea considerada una emergencia médica.

Se elimina su aplicación en los siguientes casos:

- 1) Accidente,
- 2) Emergencia médica,
- 3) Pago directo,
- 4) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico red,
- 5) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico fuera de red que se ajuste al tabulador de pago directo.

En caso de que no se cuente con el servicio médico y hospitalario de red en alguna localidad, "LA ASEGURADORA" exentará la aplicación de deducible.

Dependientes económicos: Persona(s) física(s) que el Asegurado Titular designa como su cónyuge, concubina(rio) o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros menores de veintiséis años, que cumplan con los requisitos de aceptación y que aquél determine proteger, a los que se denominará como Asegurado. Los hijos dependientes económicos del Asegurado Titular que cumplan la edad máxima de aceptación durante la vigencia de la póliza causarán baja de la póliza el día en que cumplan los veintiséis años de edad.

Emergencia Médica: Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual ingresa por el área de urgencias de un hospital o clínica o sanatorio, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente.

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

Enfermedad Congénita: Es aquélla alteración del estado de la salud fisiológica o morfológica en algún órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, y que se manifiesta desde el nacimiento o en cualquier etapa de la vida.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional y den origen a un mismo síndrome con diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

Enfermedad Cubierta: Es toda alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando origine un gasto dentro del período de vigencia de esta póliza y no provenga de causa expresamente excluida por la misma.

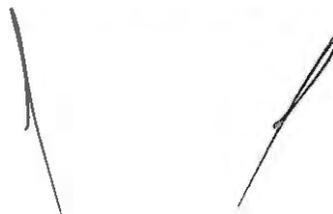
Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los supuestos señalados en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

Fecha de ingreso a la colectividad asegurada: Es la fecha en que ingresó el Asegurado a esta colectividad asegurada, independientemente de la vigencia o Aseguradora que proporcionó el servicio del seguro de gastos médicos mayores a "EL INSTITUTO FONACOT" en vigencias anteriores, incluyendo en su caso el reconocimiento de antigüedad. Ésta fecha será la que se expresará en la tarjeta y en el certificado individual para servir de referencia en caso de preexistencia. Asimismo, la Aseguradora deberá tenerla registrada en su sistema.

Gasto Médico: Es cualquier erogación que se realiza por la atención y/o tratamiento médico de un accidente y/o enfermedad.

Gasto Médico Mayor: Es la acumulación de gastos médicos que se generan, y que podrán ser indemnizados ya sea mediante reembolso, pago directo, pago complementario o pago mixto, como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por la presente póliza y que rebasan el deducible contratado, especificado en la carátula y/o endosos de la presente póliza y/o certificado individual.

Honorarios Médicos: Es aquélla remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado y que participa de manera activa y directa en su recuperación.



Hospital, Clínica o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o accidentados.

Hospitalización: Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital o clínica o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente cubierto, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno (hospitalizado).

Nivel de Tabla de I. Q.: Es la suma asegurada máxima contratada para intervenciones quirúrgicas, equivalente a 30 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente.

Padecimientos Preexistentes: Es aquella alteración de la salud y/o padecimientos cuyos síntomas y/o signos se manifestaron antes de la cobertura para cada Asegurado, o de aquellos en los que se haya realizado un diagnóstico que señale que éstos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación original a la presente póliza o certificado, para cada Asegurado o aquellos cuyos síntomas no pueden pasar desapercibidos o aquellos que son notorios a la vista, independientemente de que el primer gasto se origine antes del inicio de la póliza o durante la vigencia de la póliza.

Pago Directo: Sistema mediante el cual "LA ASEGURADORA" liquidará directamente al prestador de servicios los gastos médicos realizados para la atención del Asegurado Titular y/o sus Dependientes Económicos como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la presente póliza. Para efecto del pago directo, se requiere que el Asegurado cuente con su tarjeta de identificación, previa verificación de "LA ASEGURADORA" respecto de la procedencia del caso, vigencia de la póliza y certificado de aseguramiento, ser atendido en la Red Médica y que los servicios sean coordinados a través de "LA ASEGURADORA". Este sistema operará aun cuando la póliza se encuentre con adeudo de primas.

Pago Mixto: Sistema de pago mediante el cual "LA ASEGURADORA" liquidará al Asegurado los gastos erogados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta póliza mediante los Sistemas de Pago Directo y Reembolso. Este sistema operará aun cuando la póliza se encuentre con adeudo de primas

Período de Espera: Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura para cada Asegurado para que se puedan cubrir ciertas enfermedades.

Período de Gracia: Es el lapso de 30 días con que cuenta "EL INSTITUTO FONACOT" para:

- a) Pagar el total de la prima a su cargo por cada una de las fracciones pactadas, contados a partir del inicio de vigencia de las facturas; quedando entendido y convenido que si por causa de restricciones presupuestarias "EL INSTITUTO FONACOT" no pudiere realizar el pago en este lapso, mediante petición expresa por escrito, "LA ASEGURADORA" extenderá automáticamente este lapso hasta la fecha que sea requerida, otorgándose el servicio con pleno vigor de los términos y condiciones de la presente póliza.
- b) Enterar las primas retenidas a través de su sistema de nómina, contados a partir del último día del mes calendario reportado.

Red Médica: Grupo de médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, laboratorios clínicos, gabinetes, centros de rehabilitación, que han celebrado un convenio con "LA ASEGURADORA" para dar trato preferencial a los asegurados, los cuales son coordinados por ella. La Red Médica forma parte integrante de la presente póliza y estará a disposición sin restricción alguna de los asegurados. En todos los hospitales de red deberán existir médicos de red con consultorio.

"LA ASEGURADORA" deberá mantener actualizada la Red Médica en su página web por lo que si un asegurado requiriese el servicio y consultare la página web, haciendo uso de un servicio con un prestador de servicio que en ese momento apareciere en la página web, el cual al momento de la prestación del servicio manifestare que ya no forma parte de la Red Médica, se aplicará una sanción a "LA ASEGURADORA" por el equivalente al 25% del reembolso procedente, la cual deberá ser cubierta al asegurado en un plazo no mayor a diez días hábiles, conjuntamente con el reembolso respectivo, mismo que se realizará sin aplicación de deducible y coaseguro.

En caso de que no se cuente con el servicio médico y hospitalario de red en alguna localidad, "LA ASEGURADORA" exentará la aplicación de deducible.

Nota:

En la propuesta técnica se deberá indicar el link para acceder a la página web de la aseguradora, para consultar la Red Médica, la cual deberá incluir a los siguientes hospitales:

Ciudad de México:

Centro Médico ABC Campus Observatorio, Centro Médico ABC Campus Santa Fe, Dalinde Centro Médico, Hospital ABC, Hospital Ángeles Lindavista, Hospital Ángeles Lomas, Hospital Ángeles Londres, Hospital Ángeles Metropolitano, Hospital Ángeles México, Hospital Ángeles Mocel, Hospital Ángeles Pedregal, Hospital Ángeles Roma, Hospital Español y Médica Sur, Chihuahua, Chihuahua

Hospital Cima Chihuahua, Hospital Muguerza del Parque

Guadalajara, Jalisco:

Hospital Ángeles del Carmen, Hospital San Javier,

Mérida Yucatán:

Centro Médico Las Américas, Clínica de Mérida.

Monterrey, Nuevo León:

Hospital Ángeles Valle Oriente, Hospital San José de Monterrey, Hospital Muguerza Alta Especialidad Muguerza Hospital Sur,

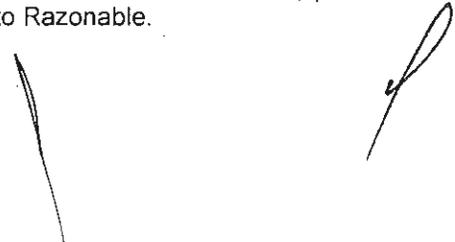
Pachuca, Hidalgo:

Intermédica, Sanatorio Santa María

Reembolso: Sistema de pago consistente en la reintegración que realizará "LA ASEGURADORA" al propio asegurado posteriormente a su erogación, de aquellos gastos realizados como consecuencia de alguna enfermedad cubierta por esta póliza, liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios con quien "LA ASEGURADORA" no tenga convenio de pago directo o que no se pueda establecer el pago directo, y que procedan en los términos de la presente póliza., descontando el deducible y/o coaseguro correspondientes sólo si la atención médica no se presta en hospital y médico de la red médica. Este sistema operará aun cuando la póliza se encuentre con adeudo de primas.

Si "LA ASEGURADORA" aplicase incorrectamente algún deducible y/o coaseguro, deberá reembolsarlo(s) en un plazo no mayor a diez días hábiles, en cuyo caso "LA ASEGURADORA" se hará acreedora a una sanción equivalente a un tanto igual al monto aplicado incorrectamente, el cual deberá ser cubierto conjuntamente con el reembolso del deducible y/o coaseguro correspondiente.

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por esta póliza, no podrá exceder del estipulado entre "LA ASEGURADORA" y los médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, laboratorios clínicos y de gabinete de la Red Médica, para servicios de la misma especialidad o categoría, de acuerdo al Costo Razonable.



Segunda y tercera opinión médica: En caso de discrepancia entre el Asegurado y "LA ASEGURADORA" sobre la procedencia de cualquier procedimiento quirúrgico, el Asegurado podrá solicitar una segunda opinión médica, e incluso una tercera opinión médica, sin costo para él, a través de médico(s) de red.

El(los) médico(s) que emite(n) la segunda o tercera opinión médica, nunca podrá(n) realizar el procedimiento médico propuesto por el médico tratante.

Servicios de asistencia: Servicios que "LA ASEGURADORA" proporciona al Asegurado, ya sea directamente o a través de convenios de prestación de servicios médicos especialistas, hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, gabinete, farmacias, etcétera.

Suma Asegurada: Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene "LA ASEGURADORA" por cada asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

Suma asegurada básica: Es la cantidad máxima de responsabilidad de pago que tiene "LA ASEGURADORA" por cada accidente o enfermedad, equivalente a 300 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente, en virtud de:

- a) La prestación otorgada por "EL INSTITUTO FONACOT" al personal de mando, cuya prima y la de su cónyuge, o concubina(rio) o pareja del mismo sexo e hijos menores de diecinueve años es cubierta por éste,
- b) La petición expresa del personal de mando para amparar a sus hijos mayores de diecinueve años y hasta veinticinco años de edad y cuya prima es cubierta por éstos con cargo a su salario a través de descuento por nómina,

Suma asegurada potenciada: Es la responsabilidad de pago que tiene "LA ASEGURADORA" en virtud del incremento de suma asegurada elegido por el Asegurado Titular para él y sus Dependientes Económicos y cuya prima será cubierta por éste, a través de descuento en nómina.

Dicha elección deberá ser manifestada por el asegurado titular a más tardar el trigésimo día posterior al inicio de vigencia o incorporación a la póliza de altas subsecuentes, indicando la suma asegurada elegida para él y sus Dependientes Económicos, a saber:

- a) Hasta una suma asegurada por el equivalente a 528 veces de la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente, o
- b) Hasta una suma asegurada por el equivalente a 1,000 veces de la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente, o
- c) Hasta una suma asegurada por el equivalente a 9,777 veces de la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente, o



- d) Hasta una suma asegurada por el equivalente a 12,221 veces de la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente, o
- e) Hasta una suma asegurada por el equivalente a 26,000 veces de la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) en el momento que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente.

Si el Asegurado Titular decide potenciar su suma asegurada, los términos, condiciones y suma asegurada de sus Dependientes Económicos serán iguales a los de él.

La potenciación de suma asegurada sólo operará para aquellos padecimientos cuyo primer gasto se genere posteriormente a su contratación.

Para la contratación de la suma asegurada potenciada no aplica selección médica.

Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.): Relación de intervenciones quirúrgicas en donde se indica el porcentaje y monto estipulado para cada uno de los procedimientos médicos y quirúrgicos que se aplicará de acuerdo con el nivel de tabla contratado (30 UMAM), para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas, misma que forma parte integrante de la presente póliza.

Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% (treinta y cinco por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano, de los cuales un 20% corresponderá al primer ayudante, un 10% al segundo ayudante y un 5% al tercer ayudante.

Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% (treinta por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El monto máximo estipulado por consulta y/o visita médica y/o terapia de rehabilitación es de 0.75 UMAM, y por consulta de terapia intensiva es de 1 UMAM.

Tarifas: Primas por rango de edad y sexo, tanto para la Suma asegurada básica como para la Suma asegurada potenciada, que permanecerán fijas y firmes durante la vigencia de la póliza, mismas que forman parte integrante de la presente póliza.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM): Es la cantidad que resulta de multiplicar por 30.4 la Unidad de Medida y Actualización vigente al momento de erogarse el primer gasto.

2. Cobertura básica

"LA ASEGURADORA" protege a cada Asegurado durante la vigencia de esta póliza y/o endosos de acuerdo con las Condiciones Generales, Cláusulas Generales y suma asegurada, deducible y coaseguro estipulados en cada certificado individual, si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto el Asegurado incurre en los gastos que se mencionan en la presente póliza.

3. Gastos Médicos cubiertos

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquéllos incurridos por el Asegurado dentro de la vigencia de la póliza, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente, enfermedad, parto o cesárea cubiertos en la presente póliza, realizados por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico



y/o tratamiento acordes con el costo razonable en el lugar donde se proporcionen y sujetos a lo establecido en la presente póliza y endosos que se agreguen a la misma.

En caso de cancelación anticipada o si la póliza no se renovare a su vencimiento con "LA ASEGURADORA", se limita la obligación de "LA ASEGURADORA" al pago de las reclamaciones iniciales o complementarias correspondientes a erogaciones por concepto de gastos médicos cubiertos por la presente póliza y efectuados por el asegurado con anterioridad a la fecha de cancelación o vencimiento de la póliza.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la presente póliza son, enunciativa pero no limitativamente, los siguientes:

- 1) Gastos de hospital, clínica o sanatorio, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar, alimentos y paquete de admisión de la persona hospitalizada.
- 2) Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital, clínica o sanatorio.
- 3) Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes, estén relacionados con el padecimiento y se anexe la factura o ticket fiscal de la farmacia con la receta. Dicha factura o ticket fiscal deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
- 4) Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica, que quedarán sujetos a los porcentajes indicados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.).
 - 4.1 Los honorarios por consultas o visitas médicas, máxima una diaria por Asegurado.
 - 4.2 Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica, durante los primeros quince días y las consultas después de esa fecha se cubrirán vía reembolso.
 - 4.3 Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% (treinta y cinco por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
 - 4.4 Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% (treinta por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por "LA ASEGURADORA", por honorarios médicos por intervención quirúrgica.

Cuando en una misma sesión quirúrgica el cirujano practique al asegurado dos o más operaciones en una misma región corporal, la aseguradora pagará únicamente el importe de la mayor o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano practica en la misma sesión quirúrgica, otra intervención diferente a la principal en una región corporal distinta, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% (cincuenta por ciento) de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos. Cualquier otra intervención adicional a estas dos, queda automáticamente excluida.

Si en la misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% (veinticinco por ciento) adicional a lo tabulado para la cirugía principal.



El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anestesiólogo que serán cubiertos hasta un máximo del 30% (treinta por ciento) de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.

Si se requiere de otra intervención quirúrgica de diferente especialidad en la misma sesión, pero en una región corporal distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% (cien por ciento) de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos.

Si se requiere de una segunda intervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 horas de la primera intervención quirúrgica.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% (cincuenta por ciento) del importe tabulado para la más elevada y el 25% (veinticinco por ciento) del monto tabulado para las restantes.

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

Honorarios médicos: De acuerdo a lo estipulado para el padecimiento cubierto, en la tabla de intervenciones quirúrgicas.

Anestesiólogo, ayudante: De acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de tabla de intervenciones quirúrgicas.

Hospital o clínica o sanatorio: Se pagará el 60% (sesenta por ciento) de la factura total.

- 5) Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, siempre que estos servicios estén medicamente justificados, incluyendo cuando sean indicados por el médico tratante para la convalecencia domiciliaria, con un máximo de tres turnos por día durante treinta días.
- 6) Salas de operaciones, recuperación y curaciones.
- 7) Equipo de anestesia.
- 8) Transfusiones, los insumos para transfusión de sangre, plasma u otros derivados sanguíneos, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes, indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto. Se cubren las pruebas cruzadas de los donadores definitivos, sólo por unidad aplicada al asegurado. (Pruebas de compatibilidad, bolsa cuádruple, estudio completo de la sangre del donador, excluyéndose estudio muestra piloto).
- 9) Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.
- 10) Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que se prescrito por el médico tratante y que tenga relación directa con el padecimiento y exista un diagnóstico definitivo.

Qu

[Handwritten marks]

- 11) Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto los cuales quedarán hasta el costo razonable con base de 30 UMAM, siempre y cuando sean requeridos por primera vez en la vida del asegurado, previa valoración y autorización de la "LA ASEGURADORA".

Queda excluida la reposición de prótesis existentes a la fecha de inicio de vigencia del respectivo certificado individual de la presente póliza cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.

- 12) Gastos de transporte de ambulancia, terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.

El tipo de ambulancia que se cubrirá, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera.

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

Traslado de aeropuerto a aeropuerto, cuando el Asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar en que ocurrió ésta.

La cobertura de ambulancia aérea podrá operar bajo el sistema de indemnización de pago directo cuando "LA ASEGURADORA" tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica, y a través del sistema de indemnización de reembolso cuando "LA ASEGURADORA" no tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica.

- 13) Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.
- 14) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. Las reclamaciones por eventos relacionados con esta cobertura deberán venir acompañadas del diagnóstico clínico, estudios de laboratorio y/o gabinete, radiografías, una segunda valoración por un médico designado por "LA ASEGURADORA" o cualquier otro estudio relacionado con el padecimiento.
- 15) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilares que sean indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, siempre y cuando se presenten radiografías en donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente o enfermedad.
- 16) Tratamiento psiquiátrico que a juicio del médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra asignado por la aseguradora, requiera el asegurado a consecuencia de alguno de los siguientes eventos siempre y cuando ocurran dentro del período de cobertura del asegurado:

Jur



- A. Haber sufrido de algún accidente cubierto por las condiciones de la presente póliza.
- B. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:
- Cáncer (cualquier tipo en fase terminal),
 - Accidente vascular cerebral (con hemiplejias),
 - Infarto del miocardio (discapacitante),
 - Insuficiencia renal (en hemodiálisis y programa de trasplante renal), o
 - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias (con secuelas discapacitantes).
- C. Mediante la comprobación que bajo violencia se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
- Asalto.
 - Secuestro.
 - Violación.
- Este inciso procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público o el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Los gastos médicos amparados por esta cobertura son:

- Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 14 consultas por un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.50 UMAM máximo por consulta.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana, con la aplicación del deducible establecido.

Quedan excluidos de los beneficios de esta cláusula:

- La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un accidente o enfermedad cubierta.
- Los padecimientos preexistentes.
- Los complementos posteriores al término de la vigencia de la presente póliza.
- Los honorarios del médico psiquiatra que no pertenezca a la red médica y de los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con la acreditación de la especialidad de Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

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

- 17) En cirugía de trasplantes orgánicos, los gastos amparados del donante serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico.
- 18) Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, crurales, femorales, crurales, umbilicales, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral incluye extrusión y protusión), tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos,

Lu

[Handwritten signatures]

várices, insuficiencia de piso perineal (cistocele, rectocele, prolapso rectal), colecistitis y litiasis biliar y en vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias, sin período de espera.

- 19) Circuncisión, siempre y cuando no sea de carácter profiláctico, sin período de espera.
- 20) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los asegurados nacidos durante la vigencia de la presente póliza, sin período de espera.

Tratamientos médicos o quirúrgicos en los que incurra el asegurado a consecuencia de asalto, secuestro o violación.

4. Enfermedades y tratamientos cubiertos con periodo de espera, otorgándose el reconocimiento de antigüedad.

- 21) Las adherencias pélvicas, diástasis de rectos abdominales y endometriosis a partir del segundo año de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para cada asegurado y sólo se cubrirán previa valoración del acto quirúrgico por parte del médico designado por "LA ASEGURADORA".
- 22) Se cubrirán los gastos erogados en la vigencia de la presente póliza en que incurra el Asegurado, nacido antes del inicio de la vigencia de esta póliza, a consecuencia de enfermedades por malformaciones y padecimientos congénitos, con un período de espera de cinco años.
- 23) Se cubrirán los gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tal, aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño o de la madre (incluyendo el óbito fetal).

Los gastos amparados son los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización y cualquier otro medicamento o estudio requerido para el evento, sin límite de edad.

El monto máximo cubierto en esta cobertura para gastos honorarios médico/quirúrgicos y gastos de hospitalización es de 35 UMAM, no aplica deducible ni coaseguro.

En esta cobertura se incluye, dentro de la misma suma asegurada, los gastos por la estancia en cunero fisiológico, incubadora, tamiz, para el caso de la atención del médico pediatra operará un límite de 1 UMAM.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular o la cónyuge o la concubina o la hija del Asegurado Titular.

Los gastos originados por la operación cesárea quedarán cubiertos después de transcurrir diez meses de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para la asegurada de que se trate

- 24) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio, después de transcurrir diez meses de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para la asegurada de que se trate.

a) Embarazo extrauterino,

- b) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, toxicosis gravídica, preclamsia, eclampsia,
- c) Mola hidatiforme (Embarazo molar),
- d) Fiebre puerperal,
- e) Placenta previa,
- f) Placenta acreta,
- g) Óbito,
- h) Cerclaje cervical,
- i) Ruptura, inversión o atonía uterina,
- j) Huevo muerto retenido y embarazo anembrionario.
- k) Inserción velamentosa del cordón umbilical,
- l) Laceración del canal del parto,
- m) Varices vulvares o vaginales
- n) Polihidramnios y oligohidramnios,
- o) Puerperio patológico,
- p) Erosión cervical,

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

Esta cobertura se cubrirá para la madre asegurada (Asegurada Titular o la cónyuge o concubina del Asegurado Titular) o hija o descendiente directa del Asegurado Titular, por lo que no quedará protegida la pareja del mismo sexo,

- 25) A partir del inicio del quinto año de vigencia continua, es decir, una vez concluidos cuatro años de cobertura continua con seguro de gastos médicos mayores, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier padecimiento relacionado con él. En consecuencia no se cubren los gastos erogados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier padecimiento relacionado, antes o dentro de los cuatro años anteriores, así como los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento realizados durante ese mismo lapso.

5. Beneficios adicionales.

- 26) Emergencia en el extranjero.
SUMA ASEGURADA: Dls. 50,000.00 M.A.
DEDUCIBLE: Dls. 50.00 M.A.
COASEGURO: NO APLICA

Esta cobertura protege al Asegurado contra el riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente, que ocurra fuera de la República Mexicana y requiera de un tratamiento médico de emergencia, en cuyo caso, "LA ASEGURADORA" cubrirá el costo del mismo.

Se considera emergencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida, la integridad corporal o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.



En complemento a las exclusiones y limitaciones de gastos estipuladas en esta póliza, esta cobertura no ampara:

- a) Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el médico tratante y "LA ASEGURADORA",
- b) Los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o viaje,
- c) El servicio de enfermería fuera del hospital o clínica o sanatorio,
- d) Los tratamientos de rehabilitación.

27) Padecimientos preexistentes.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellas enfermedades o accidentes por los cuales el paciente haya presentado signos y/o síntomas antes del inicio de la vigencia de la póliza o aquellos que hayan sido determinados por un médico mediante el diagnóstico o tratamiento.

Los padecimientos preexistentes según se definen en el presente contrato quedarán cubiertos siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) Para el Asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo, e hijo dependiente económico, se cubrirán siempre y cuando no haya estado bajo tratamiento, control o estudio médico en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada,
- b) Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.
- c) La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente en los casos que no cumplan con lo previsto en el inciso a) anteriormente descrito o cuando cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

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

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

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

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



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

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

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

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

El laudo que se 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 Aseguradora. El laudo que se emita es obligatorio para la Aseguradora, no para el Asegurado reclamante.

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

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

Únicamente la Aseguradora que resulte adjudicada entregará a la Dependencia, a las Secretarías, Entidades y Organismos Autónomos participantes la relación de los médicos que fungirán como árbitros, incluyendo como mínimo la siguiente información: Nombre de la Especialidad, nombre del médico, dirección completa, teléfono y móvil.

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

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

Lu



Infectología	Pediatría
Medicina General	Urología

28) Reconocimiento de Antigüedad.

Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado a partir de la fecha de alta en una póliza de gastos médicos mayores emitida por una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando no tenga períodos al descubierto mayores a 30 días.

29) Parto normal o aborto.

Se cubrirán los gastos por la atención del parto o aborto, entendiéndose como tales los gastos por la hospitalización y honorarios de médicos inherentes al evento, medicamentos o estudios y demás gastos relacionados con el evento del parto, con una suma asegurada de 30 UMAM, después de transcurrir diez meses de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para la asegurada de que se trate. La cobertura aplicará para la Asegurada titular o la cónyuge o concubina o hija o descendiente directa del Asegurado Titular, por lo que no quedará protegida la pareja del mismo sexo, sin deducible ni coaseguro.

En esta cobertura se incluye, dentro de la misma suma asegurada, los gastos por la estancia en cunero fisiológico, incubadora, tamiz, para el caso de la atención del médico pediatra operará un límite de 1 UMAM.

Se considerará como aborto la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo, si su acontecimiento es involuntario.

30) Cobertura de Pago de Complementos.

Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes iniciados en vigencias anteriores de las pólizas contratadas del Seguro de Gastos Médicos Mayores, bajo las siguientes condiciones:

- a) Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en las pólizas de vigencias anteriores.
- b) Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectuó el primer gasto, hasta agotar el remanente de la suma asegurada o el término de la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero.
- c) Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida por un plazo mayor de 30 días, ni en la(s) Aseguradora(s) anterior(es), ni en el cambio con "LA ASEGURADORA".

Para el pago de complementos el asegurado deberá presentar copia del finiquito anterior y/o carta que indique el remanente de suma asegurada.

31) Tratamientos oftalmológicos.

Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomiluxis,

epiqueratofaquia y similares, siempre y cuando los signos o síntomas se manifiesten durante la vigencia de la cobertura para cada asegurado y éste presente al menos 5 dioptrías en cada ojo, con una suma asegurada de 10 UMAM.

32) Cobertura en el extranjero.

Esta cobertura se aplicará exclusivamente para 3 servidores públicos (Director General y Directores Generales Adjuntos) bajo las mismas condiciones de la póliza de la cobertura básica.

La cobertura en el extranjero podrá operar bajo el sistema de indemnización de pago directo cuando "LA ASEGURADORA" tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica, y a través del sistema de indemnización de reembolso, cuando "LA ASEGURADORA" no tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica, de acuerdo con el Physician Fee (Usual, Customary & Reasonable) que aplique en el país en donde se presente el gasto, aplicando las condiciones de la póliza.

6. Exclusiones.

El servicio a contratar no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en este documento:

1. Servicios y/o gastos de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie.
4. Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos.
5. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud.
6. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, etcétera de los prospectos a ser donadores del asegurado.
7. Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos.
8. Compra o renta de zapatos ortopédicos.
9. Tratamiento dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en el numeral 15 del apartado 3. **Gastos Médicos cubiertos** del presente documento.
10. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, o cualquiera de sus complicaciones independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
11. Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.



12. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación de la presente póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.
13. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis. Tampoco se cubren estudios o tratamientos psicológicos, independientemente de sus orígenes y consecuencias.
14. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura proporcionados por personas sin cédula profesional específica para realizar dichos tratamientos.
15. Tratamientos experimentales o de investigación.
16. Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del Asegurado. Se cubrirán accidentes derivados del consumo social del alcohol hasta 0.08 de alcohol en la sangre, también estarán cubiertos los accidentes cuando el asegurado tenga alcohol en la sangre y él no sea causante del accidente.
17. Tratamientos resultantes del Intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se hayan cometido en estado de enajenación mental.
18. Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado.
19. Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
20. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
21. Padecimientos resultantes de la participación del Asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, de vehículos con propulsión propia.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea área comercial.
23. Estrabismo del Asegurado no protegido por "LA ASEGURADORA" a partir de su nacimiento.

7. Colectividad asegurada.

La colectividad asegurada está constituida por:

- a) Todo el personal de mando que labora en el Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores, así como su cónyuge, concubina(rio) o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros menores de diecinueve años de edad, con cargo de la prima a "EL INSTITUTO FONACOT", y que sean reportados con el carácter de Asegurado de conformidad con la cláusula 9. **Altas de asegurados.**
- b) Hijos solteros del personal de mando que sean mayores de diecinueve años de edad al inicio de vigencia o alta subsecuente, que continúen estudiando, y siempre y cuando el Asegurado Titular manifieste expresamente su decisión de incorporarlo a la póliza con cargo



a su salario, de acuerdo con el límite máximo de edad establecido en la cláusula **12. Edad**, y que sean reportados con el carácter de Asegurado de conformidad con la cláusula **9. Altas de asegurados**.

La pertenencia a la colectividad asegurada se comprobará mediante la tarjeta de identificación emitida al inicio de vigencia conforme al registro de asegurados entregado o el aviso de alta subsecuente.

8. Residencia.

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

9. Altas de asegurados.

Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA ASEGURADORA" incluirá bajo la protección de la misma, con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual "EL INSTITUTO FONACOT" deberá solicitarlo por escrito a "LA ASEGURADORA", indicándole el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Causarán alta en esta póliza, las personas que posteriormente al inicio de vigencia de la misma, ingresen a la colectividad asegurada, obligándose "EL INSTITUTO FONACOT" a comunicarla por escrito a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso.

El Dependiente Económico del Asegurado Titular podrá ser dado de alta dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de iniciación de la cobertura o de la fecha en que adquirió el derecho a formar parte de la colectividad asegurada, notificándola a "LA ASEGURADORA" por escrito.

Si el Asegurado Titular determina asegurar a sus hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza, deberá notificarlo a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su acontecimiento. De no haber sido notificada dentro de este período, la cobertura dará inicio hasta que el(la) hijo(a) sea dado(a) de alta.

Si el Asegurado Titular contrae matrimonio o establece una relación de concubinato o de convivencia, el cónyuge, concubina(rio) o pareja del mismo sexo podrá formar parte de la colectividad asegurada desde la fecha del matrimonio civil o de reconocimiento jurídico de la relación, siempre y cuando se le notifique a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificada dentro de ese período, la cobertura dará inicio hasta que el cónyuge, concubina(rio) o pareja del mismo sexo sea dado de alta.

Si la comunicación se hace fuera de los treinta días enunciados, el alta quedará condicionada a la previa aceptación por parte de "LA ASEGURADORA". En caso de alta de un Asegurado dentro de la vigencia de la presente póliza, "LA ASEGURADORA" cobrará una prima de acuerdo con las tarifas presentadas en su propuesta económica conforme a su edad y sexo, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso y hasta el vencimiento de vigencia.

Es responsabilidad de "EL INSTITUTO FONACOT" recabar previo a la petición de alta, copia simple de los documentos que acreditan la calidad de Dependiente Económico, por lo que no se remitirá a "LA ASEGURADORA" copia de los mismos.

Ju





Si el Asegurado Titular determina potenciar su suma asegurada, los términos, condiciones y suma asegurada de sus dependientes económicos serán iguales a la cobertura del Asegurado Titular y la modificación y/o alta quedará registrada a partir de la fecha de solicitud del Asegurado Titular a la "LA ASEGURADORA". Estas modificaciones no son retroactivas a la fecha de inicio de su primera póliza y/o certificado individual, ni a su fecha de alta en el seguro.

10. Bajas de asegurados.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual "EL INSTITUTO FONACOT" se obliga a comunicarlo de inmediato y por escrito a "LA ASEGURADORA", entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Los asegurados cuya prima es pagada con cargo a los servidores públicos podrán solicitar en cualquier momento darse de baja.

En caso de baja del Asegurado Titular de la póliza, automáticamente causarán baja de la misma sus dependientes económicos.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de "LA ASEGURADORA" a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte de "EL INSTITUTO FONACOT", obliga a éste a reintegrar dicho pago a "LA ASEGURADORA".

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, "LA ASEGURADORA" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

No obstante lo que antecede, "LA ASEGURADORA" conviene expresamente en garantizar cobertura hasta el vencimiento de la póliza, salvo cancelación anticipada por petición expresa, si el Asegurado Titular manifiesta por escrito, dentro de los quince días posteriores en que haya dejado de pertenecer a la colectividad, su decisión de continuar asegurado, comprometiéndose a pagar en una sola exhibición la prima a prorrata no devengada correspondiente a él y sus dependientes económicos.

11. Obligaciones de "EL INSTITUTO FONACOT" respecto a movimientos de asegurados.

- Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, en el momento de la expedición de la presente póliza, reúnan 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.
- Comunicar a "LA ASEGURADORA" las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada y de los que hayan ejercido su derecho de continuidad.

Todos los movimientos anteriores deberá comunicarlos a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes en que éstos ocurran. De lo contrario, "LA ASEGURADORA" podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, y exigir el pago de primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

12. Edad.

Para efecto de este contrato, las edades límites de aceptación son:

- Asegurado Titular y su Cónyuge o Concubina(rio) o Pareja del mismo sexo sin límite de edad.
- Hijos solteros del Asegurado Titular con una edad máxima de aceptación de veinticinco años, los hijos solteros dependientes económicos que cumplan veintiséis años de edad durante la vigencia de la póliza causarán baja de la póliza el día en que cumplan los veintiséis años de edad.

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

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados para este contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara y "LA ASEGURADORA" reintegrará a "EL INSTITUTO FONACOT" la parte de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la presente póliza. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que "LA ASEGURADORA" 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 alcanzada, "LA ASEGURADORA" estará obligada a reembolsar a "EL INSTITUTO FONACOT" 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.

Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad alcanzada de algún Asegurado, "EL INSTITUTO FONACOT" estará obligado a cubrir a "LA ASEGURADORA" la prima faltante de acuerdo con la prima de tarifa para su edad, en la fecha de celebración del contrato.

13. Privilegio de Conversión.

Cualquier Asegurado que haya sido excluido de la póliza de acuerdo con lo establecido en la cláusula 10. **Bajas de asegurados**, tendrá derecho a que, si lo solicita a "LA ASEGURADORA" por escrito, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza, le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores con condiciones (iguales o menores a petición del ex-servidor público) a la de la presente póliza, por "LA ASEGURADORA" quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad. En el caso de que dicho Asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con la cláusula 14. **Cambio de plan**, siempre y cuando le sea expedido un Seguro Individual de Gastos Médicos Mayores y no existan periodos al descubierto.

En el supuesto de que el asegurado que haya causado baja y optado por contratar el derecho de continuidad, ejercerá su derecho de conversión al vencimiento de la vigencia de la presente póliza.

La póliza individual deberá renovarse en tanto lo requiera el ex-servidor público, misma que deberá cubrir los complementos de entrada.

Se deberá integrar dentro de la propuesta técnica el procedimiento para el ejercicio de este privilegio de conversión.



14. Cambio de plan.

En caso de que el Asegurado realizara un cambio de plan a un Seguro Individual de Gastos Médicos Mayores, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los treinta días naturales siguientes a la baja del seguro anterior. Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se dio de alta a la nueva póliza, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella. Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de la póliza anterior, se aplicarán los límites, deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales, Cláusulas Generales y endosos de la póliza en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

15. Primas.

Las primas aplicables se determinarán en función de las tarifas respectivas, calculándose la edad del asegurado de acuerdo con la edad cumplida a la fecha de alta.

Quedará a cargo de "EL INSTITUTO FONACOT" el pago de la prima correspondiente a la suma asegurada básica de los Asegurados Titulares de personal de mando y su cónyuge, concubina(rio) o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros dependientes económicos menores de diecinueve años de edad.

La prima por el período de vigencia será pagada en la periodicidad que resulte más conveniente para el Instituto, conforme las propuestas económicas recibidas

"EL INSTITUTO FONACOT" retendrá a través de su sistema de nómina las primas con cargo al salario del Asegurado titular detalladas a continuación:

- La prima correspondiente a la suma asegurada básica de los hijos mayores de 19 años a la fecha de inicio de vigencia del personal de mando,
- La prima correspondiente a la suma asegurada potenciada del personal de mando.

"EL INSTITUTO FONACOT" enterará mensualmente a "LA ASEGURADORA" las primas retenidas dentro de los treinta días posteriores al mes calendario reportado.

"EL INSTITUTO FONACOT" no fungirá como el responsable del pago de primas con cargo a los servidores públicos, exclusivamente funge como retenedor de las primas, mismas que enterará a "LA ASEGURADORA".

16. Periodo de gracia.

Es el lapso de treinta días naturales con que cuenta "EL INSTITUTO FONACOT" para que se pague el total de la prima a su cargo por cada una de las fracciones pactadas, contados a partir del inicio de vigencia de las facturas, siempre y cuando éstas sean correctas, cumplan con los requisitos fiscales y hayan sido entregadas previamente por "LA ASEGURADORA" en la Dirección de Recursos Humanos de "EL INSTITUTO FONACOT", sita en Av. de los Insurgentes Sur No. 452, Col. Roma Sur, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06760, México, D.F.

En el supuesto de que "LA ASEGURADORA" no haya entregado las facturas previamente al inicio de vigencia, éstas sean incorrectas o no cumplan con los requisitos fiscales, el lapso de treinta días correrá a partir de la fecha de entrega de las facturas o de las facturas corregidas.



En el caso de la prima a cargo de los Asegurados Titulares retenida por "EL INSTITUTO FONACOT" a través de su sistema de nómina, el lapso de treinta días naturales para su entero a "LA ASEGURADORA" se contará a partir del último día del mes calendario reportado.

El pago correspondiente se realizará previa certificación por parte del área solicitante de que "LA ASEGURADORA" ha entregado los servicios correspondientes en apego a lo señalado en la Cláusula General **31 Niveles de servicio**.

Queda entendido y convenido que si por restricciones presupuestarias "EL INSTITUTO FONACOT" no pudiere realizar el pago de la prima dentro del plazo de treinta días naturales, "LA ASEGURADORA" ampliará automáticamente y sin restricción alguna el período de gracia hasta la fecha que mediante petición expresa realice "EL INSTITUTO FONACOT".

En este período se otorgará el servicio bajo cualquier sistema de pago (Pago Directo, Pago Mixto, Pago Complementario, Reembolso).

17. Participación del asegurado en una reclamación.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta, el Asegurado liquidará el deducible y coaseguro que corresponda, dependiendo de la enfermedad de que se trate y si ésta se considera emergencia médica, así como del Sistema de Pago de Indemnización utilizado especificado en la cláusula **2.19. Sistemas de pago de indemnizaciones**.

18. Pago de reclamaciones.

"LA ASEGURADORA" sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en hospitales o clínicas o sanatorios debidamente autorizados.

No se hará por parte de "LA ASEGURADORA" pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones serán liquidadas en el curso de los diez días naturales siguientes a la fecha en que "LA ASEGURADORA" reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización.

En toda reclamación, el Asegurado deberá comprobar a "LA ASEGURADORA" la ocurrencia del siniestro, presentando a "LA ASEGURADORA" las formas de declaración que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados tales como facturas y/o recibos, las recetas originales, así como todos los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, "LA ASEGURADORA" quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

"LA ASEGURADORA" tendrá derecho en todo momento, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte de "EL INSTITUTO FONACOT" y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a "LA ASEGURADORA" de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

19. Sistemas de pago de indemnizaciones



Los Sistemas de Pago previstos en el seguro son:

a. PAGO DIRECTO

El Sistema de Pago Directo opera en los casos que se indican a continuación:

I. PROGRAMACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

Trámite.- La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con cinco días naturales de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que "LA ASEGURADORA" valorará la intervención y/o el tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe entregar en el área de admisión del hospital o clínica o sanatorio y al médico tratante.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL O CLÍNICA O SANATORIO.

Trámite.- El beneficio de Reporte en el hospital o clínica o sanatorio se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital o clínica o sanatorio de la Red Médica, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación y su estancia es mayor a 24 horas.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica, o que el médico fuera de convenio se ajuste al tabulador de pago directo de "LA ASEGURADORA" para un médico en convenio.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el hospital o clínica o sanatorio y/o del Médico Tratante, "LA ASEGURADORA" por conducto de un médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte del Asegurado y si el médico tratante forma parte de la Red Médica.

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

En toda reclamación que sea autorizada a través del sistema de Pago Directo (I. Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos y II Reporte en el hospital o clínica o sanatorio) siempre y cuando el Asegurado sea considerado como paciente interno (hospitalizado) y médicamente justificada su estancia, y se utilicen hospitales o clínicas o sanatorios y médicos en convenio con "LA ASEGURADORA" o el médico fuera de convenio se ajuste al tabulador de pago directo para un médico en convenio, se eliminará el pago del deducible y coaseguro.

En este supuesto el Asegurado sólo tendrá obligación de pago de los gastos no cubiertos de acuerdo con las condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza, dichos gastos serán liquidados por el Asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital o clínica o sanatorio.

Si el médico tratante fuera de convenio se ajusta al tabulador de pago directo de "LA ASEGURADORA" pero el hospital o clínica o sanatorio no está en convenio con "LA ASEGURADORA", el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible y/o el coaseguro que corresponda, conviniéndose que no se aplicará coaseguro sobre el monto de los honorarios médicos. El pago de los gastos de hospitalización se realizará a través del sistema de reembolso.



Cuando el médico tratante fuera de convenio no se ajuste al tabulador de pago directo de "LA ASEGURADORA" y el hospital o clínica o sanatorio no esté en convenio con "LA ASEGURADORA", el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible y/o el coaseguro que corresponda así como de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este seguro. El pago de la indemnización se realizará a través del sistema de reembolso.

b. REEMBOLSO.

Si no se llegaron a utilizar los servicios de hospitales o clínicas o sanatorios y médicos que estén en convenio con "LA ASEGURADORA", los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán mediante reembolso con sujeción a los términos y condiciones de la presente póliza, los cuales no deberán exceder del costo razonable, aplicándose el deducible y/o coaseguro correspondiente(s).

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través del Sistema de Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA ASEGURADORA" la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de 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 de Declaración del Reclamante debidamente cumplimentado y firmado.
2. Formato de Declaración del Médico Tratante debidamente cumplimentado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho.
4. Las facturas que satisfagan los requisitos fiscales de farmacia, deberán acompañarse de la receta médica correspondiente y especificar cada uno de los medicamentos comprados.
5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que se presente por primera vez algún recibo expedido por un médico que con anterioridad no hubiera participado en la atención o tratamiento del Asegurado o éste no aparezca mencionado en el formato de Declaración del Médico Tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación inicial en donde no se utilice hospital o clínica o sanatorio y médico de red y que se realice por el Sistema de Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y/o del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en las definiciones de la presente póliza.



En caso de que no se cuente con el servicio médico y hospitalario de red en alguna localidad, el deducible y coaseguro quedará a cargo de la aseguradora. De igual manera queda entendido y convenido que no aplicará deducible ni coaseguro en los siguientes casos:

- 1) Accidente,
- 2) Emergencia médica,
- 3) Pago directo,
- 4) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico red,
- 5) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico fuera de red que se ajuste al tabulador de pago directo.

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

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza y/o endosos de la misma.
- b) A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactada en la presente póliza.
- c) Por cada enfermedad cubierta, el deducible se aplicará una sola vez y el coaseguro se aplicará por reclamación.
- d) En caso de fallecimiento del Asegurado, "LA ASEGURADORA" pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.

Accidentes y Emergencias Médicas.

Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto y rebasen el deducible contratado, se eliminará el pago del deducible y del coaseguro, pagándose la reclamación al 100%.

Emergencia Médica.- Cuando el Asegurado haya erogado gastos por una emergencia médica y éstos se hubieran efectuado durante el período de estancia en el hospital o clínica o sanatorio por dicha emergencia, se eliminará el coaseguro de los gastos derivados de la emergencia, en caso de que la reclamación sea procedente.

En caso de que no se cuente con el servicio médico y hospitalario de red en alguna localidad, el coaseguro quedará a cargo de la aseguradora. De igual manera queda entendido y convenido que no aplicará deducible ni coaseguro en los siguientes casos:

- 1) Accidente,
- 2) Emergencia médica,
- 3) Pago directo,
- 4) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico red,
- 5) Reembolso por atención en hospital o clínica o sanatorio de red y/o médico fuera de red que se ajuste al tabulador de pago directo.

PAGO MIXTO.



El Sistema de Pago Mixto se refiere a aquél en que parte de los gastos generados por el Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, "LA ASEGURADORA" los liquida directamente al prestador del servicio, de conformidad con el inciso a) anterior, y otra parte es liquidada por el propio Asegurado, que pagará "LA ASEGURADORA" mediante el Sistema de Reembolso, con sujeción a los términos estipulados en la póliza.

PAGO COMPLEMENTARIO.

El sistema de pago complementario se refiere a aquél que se presenta a "LA ASEGURADORA" después de que ya se ha tramitado una indemnización derivada del mismo accidente o enfermedad y que, independientemente del Sistema de Pago con el cual se hubiera iniciado la reclamación a consecuencia de dicha enfermedad o accidente cubierto, los gastos generados y liquidados por el Asegurado antes o después de la atención médica y/o quirúrgica autorizada por "LA ASEGURADORA", se indemnizarán con sujeción a los términos estipulados en la presente póliza de conformidad con el sistema de pago de indemnización que le corresponda.

20. Moneda.

Todos los pagos relativos a este instrumento, ya sean por parte de "EL INSTITUTO FONACOT", el Asegurado o "LA ASEGURADORA", se harán en moneda nacional.

Todos los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio de venta, para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

21. Otros seguros.

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

22. Indemnización por mora.

En el caso de que "LA ASEGURADORA", no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos y tiempos establecidos en la presente póliza, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

23. Prescripción.

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que "LA ASEGURADORA" haya tenido

Du

[Handwritten signature]

conocimiento de él y, si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos del Artículo 66 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 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 a lo dispuesto por el Artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

24. Competencia.

En caso de controversia, el quejoso 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.

25. No Adhesión.

Se hace constar expresamente que esta póliza resulta de las negociaciones efectuadas entre "EL INSTITUTO FONACOT" y "LA ASEGURADORA" y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

26. Sistema de administración.

Durante la vigencia de la póliza "EL INSTITUTO FONACOT" reportará a "LA ASEGURADORA" los movimientos en la base de asegurados: altas, bajas, inclusión/exclusión de dependientes, otros. Todos los empleados quedarán automáticamente asegurados por el solo hecho de pertenecer a la colectividad asegurada, realizándose el ajuste de primas al vencimiento de la póliza, a más tardar a los quince días previos a dicho vencimiento de la póliza.

27. Derecho del contratante para conocer el monto de contraprestación al intermediario de seguros.

Queda entendido y convenido que la presente póliza no considera comisión o compensación directa alguna a Intermediario de Seguros o figura análoga, por lo que durante la vigencia de la póliza, "EL INSTITUTO FONACOT" podrá solicitar por escrito a "LA ASEGURADORA" le ratifique que no se ha considerado porcentaje alguno de la prima, por concepto de comisión o compensación directa a Intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. "LA ASEGURADORA" proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

28. Rectificación de la póliza.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el Artículo 25 del propio ordenamiento que textualmente dice: "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación



correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones". Este derecho se hace extensivo a "EL INSTITUTO FONACOT".

29. Suspensión de los efectos del nombramiento.

- a) Cuando un servidor público haya sido objeto de prisión preventiva seguida de sentencia absolutoria ejecutoriada, tendrá derecho a pagar a "LA ASEGURADORA" el costo de la cobertura a cargo de "EL INSTITUTO FONACOT" y, en su caso el de las coberturas con cargo a su salario, durante el tiempo que duró en prisión preventiva, para lo cual "LA ASEGURADORA" realizará el cálculo de primas y le informará por escrito, a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo. El pago de la prima podrá ser efectuado por el asegurado o por su(s) beneficiario(s).
- b) Cuando un servidor público haya sido objeto de suspensión o cese, y haya obtenido una resolución firme favorable, o en su caso el juicio administrativo y la autoridad ordene la retroacción de los efectos del cese o de la suspensión, mediante resolución firme y ejecutoriada, "EL INSTITUTO FONACOT" pagará el costo de la cobertura a su cargo, y el servidor público tendrá derecho a pagar el costo de la cobertura con cargo a su salario durante todo el tiempo que duró el procedimiento o juicio. En este caso "LA ASEGURADORA" aceptará el pago de primas tanto con cargo a "EL INSTITUTO FONACOT" como con cargo al salario del servidor público (en caso de que la haya tenido) de forma retroactiva. El pago de la prima podrá ser efectuado por el asegurado o por su(s) beneficiario(s).
- c) Cuando un servidor público obtenga a su favor un laudo en donde se ordene la reinstalación del servidor público, "EL INSTITUTO FONACOT" pagará el costo de la cobertura a su cargo y el servidor público tendrá derecho a pagar el costo de la cobertura con cargo a su salario, durante todo el tiempo que duró el juicio. En este caso "EL INSTITUTO FONACOT" aceptará el pago de primas con cargo a "EL INSTITUTO FONACOT" y con cargo al salario del servidor público (en caso de que la haya tenido) de forma retroactiva. El pago de la prima podrá ser efectuado por el asegurado o por su(s) beneficiario(s).

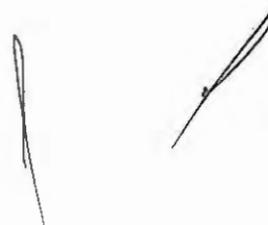
30. Pagos retroactivos de primas.

- a) Cuando se reclame la suma asegurada y la Aseguradora argumente no haber recibido el pago de la prima por parte de "EL INSTITUTO FONACOT", bastará que los beneficiarios o el asegurado presenten ante "LA ASEGURADORA" el recibo de pago en donde se refleje el descuento del seguro para que "LA ASEGURADORA" acepte el pago retroactivo de las primas adeudadas por parte de "EL INSTITUTO FONACOT". En consecuencia, "LA ASEGURADORA" deberá pagar la suma asegurada correspondiente.
- b) En el caso de las licencias médicas con derecho a salario parcial o sin goce de sueldo, "EL INSTITUTO FONACOT" deberá pagar la prima de la cobertura básica, y recabar la prima correspondiente al incremento de la suma asegurada (potenciación) del servidor público con licencia.

La prima básica se cubre de forma anticipada con el resto del grupo asegurable.

- El pago de la prima por la potenciación se enterará a "LA ASEGURADORA" en el pago mensual siguiente en el que ocurrió la licencia médica. Si en este lapso ocurre el siniestro, la Aseguradora lo pagará y la prima correspondiente le será cubierta, como ya se indicó, en el próximo pago mensual.

Jr





31. Niveles de Servicio.

"LA ASEGURADORA" garantiza lo siguiente:

- a) Asignar un ejecutivo para la atención y servicio de la cuenta, con los conocimientos y facultades necesarias para la toma de decisiones en la tramitación, emisión, pago de indemnizaciones, programación de cirugías y cualquier asunto referente con la póliza
- b) Proporcionar un teléfono de atención telefónica que estará disponible los 365 días del año las 24 horas del día.
- c) Expedir duplicados de pólizas y/o certificados de aseguramiento y/o tarjetas de identificación y/o recibos sin costo alguno para "EL INSTITUTO FONACOT" y el Asegurado.
- d) Pagar los reembolsos dentro de los 7 días hábiles posteriores de la entrega de la documentación completa.
- e) Revisar la documentación para solicitar complemento de documentación o emisión de carta rechazo de pago de reembolso dentro de los 5 días hábiles a partir de la entrega de documentación.
- f) Entregar la resolución sobre los trámites de programación de cirugía dentro de los 5 días hábiles posteriores a la petición.
- g) Remitir a "EL INSTITUTO FONACOT", a través de medios magnéticos y/o electrónicos y en formato Excel, el reporte de siniestralidad de la vigencia de la póliza. Dicho documento deberá detallar el número de siniestro, nombre del asegurado, fecha del primer gasto erogado, fecha del gasto reclamado, causa del siniestro (accidente o emergencia médica o enfermedad), padecimiento, sistema de pago (pago directo, reembolso, pago mixto, pago complementario), deducible, coaseguro, IVA, monto reclamado y monto pagado, y suma asegurada remanente.

No obstante que la vigencia de la póliza hubiere concluido, "LA ASEGURADORA" deberá remitir los reportes mensuales de siniestralidad en tanto existan siniestros en trámite.

- h) Entregar recibos fiscales para los Asegurados que paguen primas con cargo a su salario, expedidos invariablemente a nombre del servidor público, a más tardar dentro de los 15 días siguientes al término de la vigencia de la póliza.
- i) Presentar el cálculo del ajuste final de prima dentro de los quince días posteriores al final de la vigencia.

PENALIZACIONES

	Servicio	Tiempo de respuesta máximo	Penalización por cada día natural de atraso
1)	Entrega de kits de altas de asegurados en las oficinas de "EL INSTITUTO FONACOT".	7 días hábiles contados a partir de la fecha de solicitud	1% (Uno por ciento) sobre la prima correspondiente al alta, integrándose el monto resultante en el ajuste de prima que se realizará al término de la vigencia de

[Handwritten signature]

[Handwritten marks]

			la póliza.
2)	Entrega de duplicados de póliza y/o certificados y/o tarjetas de identificación y/o recibos en las oficinas de "EL INSTITUTO FONACOT".	7 días hábiles a partir de la fecha de solicitud.	1% (Uno por ciento) sobre la prima correspondiente al alta, integrándose el monto resultante en el ajuste de prima que se realizará al término de la vigencia de la póliza.
3)	Pago de reembolsos.	7 días hábiles a partir de la entrega de la documentación completa.	Aplicación de la cláusula de indemnización por mora.
4)	Revisión de documentación para solicitar complemento de documentación o emisión de carta rechazo de pago de reembolso.	5 días hábiles a partir de la entrega de documentación.	Aceptación y pago del siniestro.
5)	Programación de cirugía.	5 días hábiles a partir de la petición.	Aplicación de la cláusula de indemnización por mora.
6)	Entrega de reporte de siniestralidad.	15 días naturales posteriores al término de la vigencia.	1% (Uno por ciento) sobre el monto de la prima adjudicada.
7)	Cálculo del ajuste final de prima.	A los quince días posteriores al término de vigencia de la póliza.	1% (Uno por ciento) sobre el monto del ajuste correspondiente.

32. Indisputabilidad.

Esta póliza es indisputable, consecuentemente, "LA ASEGURADORA" renuncia al derecho constituido a su favor, en los términos otorgados por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. →

33. Vigencia.

De conformidad con lo establecido en el quinto párrafo del artículo 84 del Reglamento, el Prestador del Servicio se obligará a proporcionar el servicio a nivel nacional a partir de las 00:00 horas (horario de 24 horas) del día 14 de febrero de 2017 y hasta las 24:00 horas (horario de 24 horas) del día 22 de marzo de 2017.

III. PLAZO Y LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

De conformidad con lo establecido en el quinto párrafo del artículo 84 del Reglamento, el Prestador del Servicio se obliga a proporcionar los servicios a nivel nacional partir de las 00:00 horas (horario de 24 horas) del día 14 de febrero de 2017 y hasta las 24:00 horas (horario de 24 horas) del día 22 de marzo de 2017.

IV. PAGO.

El pago se realizará en una sola exhibición, dentro de los 20 días naturales posteriores a la presentación del Comprobante Fiscal Digital por Internet CFDI (factura electrónica) previa validación de la Dirección de Recursos Humanos.

Lu

[Handwritten marks]

Los CFDI's (facturas) deberán contar con el visto bueno del administrador del contrato y con los requisitos fiscales vigentes señalados en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación Aplicable en los Estados Unidos Mexicanos, por lo que deberán:

1. Elaborar comprobantes fiscales digitales por Internet (CFDI), en archivo XML y la representación de dichos comprobantes en documento impreso en papel, que reúnan los requisitos fiscales respectivos, en la que indique el servicio prestado y de ser posible el número de contrato que lo ampara. Dichos comprobantes serán enviados y entregados en las Oficinas Centrales del INSTITUTO FONACOT, ubicadas en Avenida Insurgentes Sur No. 452, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Delegación Cuauhtémoc, México, Distrito Federal 3er piso, en la Dirección de Recursos Humanos, así mismo deberá ser enviada a los correos electrónicos leopoldo.rubio@fonacot.gob.mx con copia a erika.perez@fonacot.gob.mx en un horario de labores de las 9:00 a las 15:00 horas de lunes a viernes en días hábiles.

La(s) factura(s) deberá(n) venir acompañada del listado de la totalidad de los titulares asegurados, incluyendo el número de certificado individual.

2. Indicar la descripción de los servicios, cantidad, unidad de medida, precio unitario, impuestos y precio total y de ser posible indicar el número de contrato que ampara dicha factura.

En su caso, el pago quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que el Prestador del Servicio deba efectuar por concepto de penas convencionales a las facturas con motivo del incumplimiento total o parcial en que pudiera incurrir en la prestación del servicio.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido el Prestador del Servicio, éste deberá reintegrar las cantidades pagadas en exceso, más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que será igual a la establecida por la Ley de Ingresos de la Federación. En los casos de prórroga para el pago de Créditos Fiscales, los recargos se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso en cada caso y se computarán por días naturales desde la fecha del pago, hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición del Instituto FONACOT, de conformidad con lo establecido en el artículo 51, párrafo tercero y cuarto de La Ley.

En caso de que el Prestador del Servicio presente sus facturas con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos de los artículos 89 y 90 de El Reglamento.

El Prestador del Servicio podrá modificar el número de cuenta y el nombre de la Institución citada, siempre que dé aviso al Instituto FONACOT por lo menos con 10 (diez) días naturales de anticipación a la presentación de la factura.

a. AJUSTES

Al día siguiente hábil al término de la vigencia de la póliza, se efectuará con "LA ASEGURADORA" el ajuste correspondiente, derivado del incremento o disminución de empleados de "EL INSTITUTO FONACOT", para lo cual "LA ASEGURADORA" deberá presentar el desglose correspondiente.

b. PAGO DE PRIMAS DE PLAN BÁSICO.

El pago de primas del plan básico se realizará en una sola exhibición.

c. PAGO DE PRIMAS DE PLAN DE POTENCIACIÓN.



El pago de primas del plan por potenciación se realizará dentro de los veinte días naturales siguientes a la presentación del Comprobante Fiscal Digital por Internet CFDI (factura electrónica) el cual debe estar a favor del titular que contrata la potenciación.

V. GARANTÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO.

El Prestador del Servicio deberá contar con la infraestructura necesaria, personal técnico especializado en el ramo, técnicas, procedimientos y equipos suficientes y adecuados, a fin de garantizar que el servicio objeto de esta licitación sea ejecutado con la calidad, oportunidad y eficiencia requerida, comprometiéndose a desarrollarlo a satisfacción de la Convocante.

El administrador del contrato se encargará de comprobar, supervisar y verificar la realización correcta y eficiente del servicio objeto de esta licitación.

Asimismo, indicará a la Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales las anomalías o deficiencias en el cumplimiento del contrato por parte del Prestador del Servicio, sobre los aspectos descritos con anterioridad, tal comunicación se hará por escrito y en la misma se fijará un plazo para la corrección que proceda.

VI. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Con fundamento en lo preceptuado por los artículos 15 y 294 fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se exceptúa a "LA ASEGURADORA" de presentar garantía de cumplimiento de contrato por considerarse de acreditada solvencia.

En caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas, la Secretaría de la Función Pública procederá, conforme a lo dispuesto en los artículos 59 y 60 de **La Ley**.

Asimismo y de conformidad con lo previsto en el artículo 86 de **El Reglamento**, los prestadores de servicio que no se encuentran obligados a la presentación de dicha garantía, no deben incluir en la propuesta económica el costo por dicho concepto.

II.12.1 PENAS CONVENCIONALES

En términos de lo previsto por los artículos 53 de **La Ley**, 95 y 96 de **El Reglamento**, el Instituto FONACOT, aplicará al Prestador del Servicio, por la demora en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, de conformidad con lo siguiente:

1. Por cada día natural de atraso en el plazo establecido para la entrega en las oficinas de "EL INSTITUTO FONACOT" de kits correspondientes a las altas de asegurados, se aplicará una penalización del 1% (Uno por ciento) sobre la prima correspondiente al alta, integrándose el monto resultante en el ajuste de prima que se realizará al término de la vigencia de la póliza.
2. Por cada día natural de atraso en el plazo establecido para la entrega de duplicados de póliza y/o certificados y/o tarjetas de identificación y/o recibos en las oficinas de "EL INSTITUTO FONACOT", se aplicará una penalización del 1% (Uno por ciento) sobre la prima correspondiente a la póliza o alta, integrándose el monto resultante en el ajuste de prima que se realizará al término de la vigencia de la póliza.
3. Por cada día natural de atraso en el plazo establecido para el pago de reembolsos, de conformidad con lo establecido en la sección 31 Niveles de Servicio, se aplicará una penalización del 1% (Uno por ciento) sobre el monto de la prima adjudicada, integrándose el monto resultante en el ajuste de prima que se realizará al término de la vigencia de la póliza.





4. Por cada día natural de atraso en el plazo establecido para la entrega del reporte mensual de siniestralidad y expedientes de siniestros, de conformidad con lo establecido en la sección 31 Niveles de Servicio, se aplicará una penalización del 1% (Uno por ciento) sobre el monto de la prima adjudicada, integrándose el monto resultante en el ajuste de prima que se realizará al término de la vigencia de la póliza.
5. Por cada día natural de atraso en el plazo establecido para presentar el Cálculo del ajuste final de prima, se aplicará una penalización del 1% (Uno por ciento) sobre el monto del ajuste correspondiente.

VII. ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

La Administración del cumplimiento del contrato quedará a cargo del C.P. Leopoldo Rubio Fernández, Director de Recursos Humanos adscrita a la Subdirección General de Administración, quien será la responsable de la verificación, administración y aceptación del servicio.

VIII. PLAZO PARA LA SUSPENSIÓN DEL SERVICIO

El plazo para la suspensión del servicio será de 5 (cinco) días naturales, a partir de la recepción del escrito de la convocante, cuando en la prestación del servicio se presente caso fortuito o de fuerza mayor.

ÁREA REQUERENTE


C.P. LEOPOLDO RUBIO FERNÁNDEZ
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS



