

AL FIN SEGURO

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES.....	2
ALCANCE DE LA COBERTURA.....	5
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.....	5
COBERTURAS BÁSICAS.....	5
➤ MUERTE ACCIDENTAL.....	5
➤ GASTOS DE SEPELIO.....	6
COBERTURAS ADICIONALES.....	7
➤ REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD.....	7
➤ SERVICIO DE AMBULANCIA.....	8
➤ FRACTURA DE HUESO POR ACCIDENTE.....	8
➤ EXCLUSIONES GENERALES.....	9
➤ DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS.....	10
➤ OCUPACIÓN.....	11
➤ RESIDENCIA.....	11
➤ SOLICITUD DE INFORMACIÓN.....	12
➤ RENOVACIONES.....	12
➤ RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	12
➤ PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.....	12
➤ OTROS SEGUROS.....	12
➤ PRESCRIPCIÓN.....	12
➤ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO.....	13
➤ LÍMITE DE EDAD.....	13
➤ COMPETENCIA.....	14
➤ NOTIFICACIONES.....	15
➤ MONEDA.....	15



DEFINICIONES

a) **ACCIDENTE.** Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales o la muerte. Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

1. La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
2. La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
3. Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o medicamentos.

b) **ASEGURADO.** Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado.

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

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

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

f) **DEPENDIENTE ECONÓMICO.** Cónyuge, concubina o concubinario del titular e hijos solteros incluidos en la póliza.

g) **DÍAS DE CARENIA.** Es el número de días de incapacidad que deben transcurrir antes de que MAPFRE deba pagar la indemnización diaria.

h) **DIA DE HOSPITALIZACIÓN.** Serán las 24 horas continuas e ininterrumpidas en donde el asegurado se encuentra hospitalizado.

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

j) **EVENTRACIONES:** Se denomina eventración, hernia ventral, hernia incisional, ventrocele o laparocela a la proyección o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente, distinta a los orificios naturales o preformados por donde emergen las hernias abdominales externas; estas vísceras pueden estar recubiertas o no de un saco de eventración constituido de peritoneo parietal más o menos modificado por restos fibrosos cicatriciales y/o fibras musculares.

k) **FISURA.** Es una pequeña fractura incompleta, similar a una grieta, en la que no se produce separación de las partes afectadas del hueso.

l) **FRACTURA.** Es la rotura de un hueso que tiene como consecuencia la separación completa de la sustancia ósea a causa de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.



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

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

o) **INDEMNIZACIÓN DIARIA.** Es la cantidad de dinero que MAPFRE pagará al asegurado por cada día de incapacidad.

p) **Mapfre Tepeyac S.A.** En lo sucesivo se entenderá como MAPFRE.

q) **PERIODO AL DESCUBIERTO.** Tiempo durante el cual la póliza no está vigente, cesando los efectos del contrato de seguro. Empieza al terminar el Período de Gracia y termina al momento de recibir el pago de las primas vencidas. Al momento de originarse un período al descubierto de 30 o más días, el o los asegurados que estén incluidos en la póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando asegurados en la presente póliza.

r) **PERIODO DE CARENCIA.** Es el número de días de hospitalización que deben transcurrir desde el ingreso del asegurado al hospital antes de que MAPFRE deba pagar la renta diaria por hospitalización.

s) **PERÍODO DE GRACIA.** Tiempo del que dispone el contratante para pagar la prima o la primera fracción de ella en caso de pago en parcialidades.

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

u) **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.** Se entenderá por procedimiento quirúrgico, a toda intervención quirúrgica para el tratamiento de un accidente.

v) **QUEMADURA DE TERCER GRADO.** Es aquella quemadura que afecta todo el espesor de la piel con o sin destrucción de tejidos profundos (músculo y hueso).

w) **REEMBOLSO.** Es el pago realizado por MAPFRE de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un accidente, presentando los comprobantes correspondientes.

x) **RENOVACIÓN.** Es la ampliación de la vigencia de la póliza por un nuevo período de tiempo idéntico y condiciones similares a la anterior, salvo pacto expreso en contrario, pagando la correspondiente prima de seguro.

y) **RENDA DIARIA.** Es la cantidad de dinero que MAPFRE pagará al asegurado por cada día de hospitalización.

aa) **SUMA ASEGURADA.** Se define como el límite máximo de responsabilidad de MAPFRE para cada asegurado, descrito en la carátula de póliza, a consecuencia de un accidente cubierto.



bb) TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS. Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Este tabulador se aplicará siempre y cuando el padecimiento y/o accidente sea un gasto cubierto.

cc) TRAYECTO ININTERRUMPIDO. Es el camino que ha de seguir habitualmente el trabajador desde su domicilio al lugar donde realiza su trabajo y viceversa empleando un medio de transporte conocido y siempre que no haya desviaciones ni demoras o se rompa el nexo por algún acto personal.



ALCANCE DE LA COBERTURA

Aplica pago directo en las clínicas u hospitales en convenio. En caso de las clínicas y hospitales que no estén en convenio aplica vía reembolso, previa entrega de la información completa y correspondiente para el ingreso de la reclamación.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS

- **MUERTE ACCIDENTAL** (Cobertura básica para mayores de 11 años)

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

Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:

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



➤ GASTOS DE SEPELIO

En caso de que el asegurado tenga una edad menor a 12 años la cobertura de Gastos de Sepelio será la cobertura básica.

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante la vigencia de la póliza y dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha de este sobreviniere la muerte, MAPFRE reembolsará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a la sucesión legal del asegurado, los gastos relacionados directamente con el sepelio hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura y comprobados mediante facturas.

Para los menores de 12 años se reembolsarán los gastos relacionados directamente con el sepelio, hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, que en ningún caso podrá ser mayor a 28 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal), a quien acredite haber efectuado dichos gastos.

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

Quedarán cubiertos únicamente los gastos erogados por trámites administrativos, ataúd, gastos de embalsamamiento, cremación, servicio de velación y traslados del occiso.

Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:

1. Carta remesa de reclamación con el número de póliza que estaba vigente cuando se realizó el gasto para sepelio.
2. Formato de reclamación de reembolso de siniestro.
3. Reporte de accidente o enfermedad.
4. Comprobante de domicilio.
5. Del fallecido:
 - a) Original o copia certificada del acta de defunción.
 - b) Original o copia certificada del acta de nacimiento.
 - c) Original o copia certificada de la identificación oficial (en caso de que el asegurado sea mayor de edad).
6. De los beneficiarios:
 - a) Original o copia certificada del acta de matrimonio en caso de ser casado.
 - b) Original o copia certificada del acta de nacimiento.
 - c) Original o copia certificada de la identificación oficial (en caso de que el beneficiario sea mayor de edad).
 - d) Original o copia certificada del acta de defunción de los beneficiarios que en su caso hayan fallecido.
7. Factura(s) original(es) por los gastos de sepelio que cumplan con los requisitos fiscales vigentes con:
 - a) Nombre del beneficiario.
 - b) Registro Federal de Contribuyentes (cédula fiscal).
 - c) Número de folio.
8. Formato de identificación y conocimiento del cliente contra lavado de dinero y copia de la identificación oficial, en donde conste fotografía, domicilio y firma del portador.



COBERTURAS ADICIONALES

➤ REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Si como consecuencia directa de un accidente o enfermedad, dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de este, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, MAPFRE y Beneficios Médicos AC reembolsará al asegurado el costo de las mencionadas asistencias hasta la suma asegurada contratada por este concepto previa comprobación y sujeto al deducible contratado.

Se cubren gastos de tratamiento y medicamentos post operatorios hasta la suma asegurada contratada por este concepto.

Se excluye COVID-19 y cualquiera de sus variantes.

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia necesarios a causa de accidente, serán cubiertos por MAPFRE hasta un límite de un quince por ciento de la suma asegurada contratada para esta cobertura. Los gastos de ambulancia o de traslado del asegurado se reembolsarán hasta un máximo de cinco por ciento de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Las cantidades que se paguen por estos dos conceptos disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en este inciso.

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

Los gastos cubiertos por accidente se reembolsarán por un periodo máximo de 182 días contados a partir de la fecha del accidente, sin que en ningún caso excedan de la suma asegurada contratada.

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

Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:

1. Reporte de accidente o enfermedad.
2. Carta remesa de reclamación con el número de póliza que estaba vigente cuando se hizo el primer gasto consecuencia de la reclamación, así como el número de póliza en la que se encuentra en la actualidad.
3. Informe médico firmado por el médico tratante.
4. Comprobante de domicilio.
5. Factura(s) original(es) que cumplan con los requisitos fiscales vigentes con:
 - a. Nombre del asegurado.
 - b. Registro Federal de Contribuyentes (cédula fiscal).
 - c. Número de folio.
6. Recibos originales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras, que cumplan con los siguientes requisitos:
 - a. Nombre del asegurado.
 - b. Número de cédula profesional.
 - c. Registro de la Secretaría de Salud.
 - d. Registro Federal de Contribuyentes.



- e. Número de folio.
 - f. En el recibo se debe mencionar el tipo de atención proporcionada (anestesia, consulta médica, honorarios quirúrgicos, etc.).
7. En caso de facturas de farmacia, laboratorios o rayos X, deben venir acompañadas de las recetas médicas, resultados e interpretación respectivamente.
 8. Formato de identificación y conocimiento del cliente contra lavado de dinero y copia de la identificación oficial, en donde conste fotografía, domicilio y firma del portador.

➤ **SERVICIO DE AMBULANCIA**

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante la vigencia de la póliza y dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de éste, el asegurado requiere traslado de ambulancia Beneficios Médicos 24 AC. reembolsará hasta una cantidad de \$1,000.00 por dicho concepto.

Sin costo en caso de traslado de ambulancia con proveedor de Beneficios Médicos 24 AC. Se cubre un evento al año.

➤ **AYUDA HOSPITALARIA**

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante la vigencia de la póliza requiere hospitalizarse, se otorgan \$500.00 pesos de ayuda hospitalaria diaria a partir del 4to día topado a 10 días.

➤ **FRACTURA DE HUESO POR ACCIDENTE**

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado durante la vigencia de la póliza y dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de este, el asegurado sufre cualquiera de las fracturas mencionadas a continuación, Beneficios Médicos 24 AC pagará al asegurado el 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura y en caso de ser una fisura se pagará el 20% de la suma asegurada contratada. En el caso de fracturas o fisuras de los huesos de los dedos del pie y mano solo se otorgará un 10% de la suma asegurada contratada,

- a) Cráneo
- b) Huesos Cara (sin nariz).
- c) Columna Cervical.
- d) Columna Torácico y Lumbar.
- e) Huesos Sacro y Coxis.
- f) Costillas.
- g) Esternón.
- h) Pelvis.
- i) Clavícula.
- j) Omóplato (escápula).
- k) Húmero.
- l) Radio.
- m) Cúbito (ulna).
- n) Cuello del Fémur.
- o) Otras partes del Fémur.
- p) Tibia y Peroné (fíbula).
- q) Rótula.



- r) Pies (Huesos del tarso, metatarso y de los dedos).
- s) Manos (Huesos carpeanos, metacarpeanos y de los dedos).

La indemnización máxima que pagará Beneficios Médicos 24 AC ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura. Sólo se cubrirá un evento al año.

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

Los beneficios que derivan de esta cobertura son improcedentes cuando el siniestro se haya realizado en las siguientes condiciones o el riesgo tenga las siguientes características:

1. Cuando el evento sea derivado por osteoporosis o fractura patológica (cualquier fractura que haya sido provocada por una enfermedad previa que haya debilitado el hueso).
2. Si la fractura se deriva de procesos de parto o aborto o cualquier complicación derivada de estos procesos.
3. Derivado del debilitamiento óseo propio de la vejez.
4. Cualquiera que no se haya ocasionado por un accidente.

Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:

1. Reporte de accidente o enfermedad.
2. Informe médico firmado por el médico tratante.
3. Expediente clínico completo que contenga historia clínica, nota quirúrgica y notas de evolución, o en su defecto un resumen elaborado por la Institución de Salud que contenga dicha información, sellado y firmado.
4. Estudios radiológicos a nombre del Asegurado.
5. En caso de que el accidente ocurra en vía pública, será necesario se presenten las actuaciones del Ministerio Público.
6. Recibos o facturas que comprueben el gasto por este concepto.

➤ EXCLUSIONES GENERALES

Este contrato de seguro no cubre y por consiguiente los beneficios no serán pagados por:

- a) Tratamiento médico o quirúrgico que resulten de accidentes sufridos por el asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (nivel de alcohol en sangre superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.
- b) Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.
- c) Gastos no relacionados con el tratamiento médico, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos y dermo cosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil, entre otros.



- d) Infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.
- e) Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana.
- f) Cirugías de nariz y/o senos paranasales, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- g) Suicidio o cualquier intento de este, consciente o inconsciente, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.
- h) Cualquier lesión autoinfligida.
- i) Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o debido a la inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- j) La muerte o lesiones sufridas al presentar servicio militar, naval, policíaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones.
- k) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de éste, siempre y cuando sean denunciadas ante el Ministerio Público.
- l) Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.
- m) Para la cobertura de muerte accidental se excluye la participación del asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- n) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza (a excepción de aquellos cuya causa u origen sea un accidente).
- o) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos por abortos voluntarios, provocados o inducidos.
- p) Para la cobertura de muerte accidental se excluye cuando el asegurado viaje en taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- q) Para la cobertura de muerte accidental se excluye cuando el asegurado viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.
- r) Para la cobertura de muerte accidental se excluye cuando el asegurado viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- s) Quemaduras de primer y segundo grado, así como las de tercer grado que no abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la carta de superficie corporal de LUND Y BROWDER.
- t) La fractura de los huesos no mencionados en la descripción de la cobertura.
- u) Las propias mencionadas en cada cobertura.
- v) Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza

➤ **DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS**

Toda indemnización que MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC pague por accidente y por asegurado, reducirá en igual cantidad la suma asegurada de la cobertura reclamada. Se



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

➤ OCUPACIÓN

Si el asegurado cambia a una ocupación diferente a la que tenía al momento de contratar su póliza y que conlleve a un riesgo mayor de sufrir algún accidente, deberá avisar por escrito a MAPFRE. Esta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si MAPFRE acepta el riesgo, cobrará la extra prima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo. Si el asegurado no avisa por escrito a MAPFRE, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

➤ RESIDENCIA

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la República Mexicana, entendiéndose por habitualmente la estancia por un periodo mayor a seis meses durante la vigencia de la póliza (Artículo 29 del Código Civil Federal).

➤ PRIMAS

La prima es el costo del seguro para el asegurado contratante incluido en la póliza, en cuyo monto se incluyen los gastos de expedición, tasa de financiamiento por pago fraccionado e IVA, pactada entre el asegurado, MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC misma que vencerá en el momento de inicio de vigencia del contrato.

El contratante gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades.

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

Si el contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones pactadas, posteriores a la primera exhibición, vencerán al inicio de cada fracción en que, para efecto del pago de la prima, se hubiere dividido el periodo del seguro.

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

En caso de que el contratante y/o asegurado hubiera manifestado su consentimiento previo y por escrito, el importe de la prima podrá ser pagado mediante depósito bancario o cargo a tarjeta de crédito o cargo a cuenta de cheques.

El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. En caso de siniestro ocurrido dentro del periodo de gracia, MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago.



➤ SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

➤ RENOVACIONES

El pago de la prima acreditada mediante recibo extendido en las formas usuales de MAPFRE, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. Se perderá el derecho a la renovación en cualquier momento si MAPFRE o Beneficios Médicos 24 AC descubre que hubo dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 21ª.

➤ RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC se obliga a otorgar al asegurado la renovación de su contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia y mientras que el plan contratado sea de vigencia anual y considerando lo estipulado en la cláusula 21a. En cada renovación la prima deberá pagarse en términos de la cláusula 10a. Para cada renovación la prima del seguro será la que corresponda de acuerdo con la tarifa vigente al momento de la renovación.

➤ PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

La indemnización que resulte comprobada conforme al contrato, será pagada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que fueran entregadas a MAPFRE o Beneficios Médicos 24 AC todas las pruebas correspondientes, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes. Los requisitos de reclamación serán aquellos que defina MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC en estas condiciones generales vigentes a la fecha del siniestro.

➤ OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación las coberturas por accidente otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del contratante y/o asegurado informar a MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC de otros seguros que tenga de la misma índole.

➤ PRESCRIPCIÓN

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



➤ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

El asegurado tiene el derecho de designar y cambiar libremente a los beneficiarios. Para este efecto deberá notificar por escrito a MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC, expresando con claridad el nombre del o los nuevos beneficiarios para su anotación en el endoso de la respectiva póliza. En caso de que MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC no reciba oportunamente dicha notificación, el asegurado conviene en que dicha compañía pague sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro al último beneficiario registrado ya sea en la póliza o en el respectivo endoso.

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

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

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

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

Advertencia:

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

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

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

➤ LÍMITE DE EDAD

Para la cobertura de Muerte Accidental la edad mínima de aceptación es de 12 años. Para la cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad la edad mínima de aceptación es de 18 años. Para las demás coberturas la edad mínima de aceptación es de 0 años.

El límite máximo de edad de aceptación para pólizas nuevas es de 69 años.

El asegurado podrá renovar su póliza hasta los 70 años.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro hubiere estado



comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

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

MAPFRE y Beneficios Médicos 24 AC se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados. Una vez comprobada la edad, MAPFRE hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

➤ **COMPETENCIA**

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

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



➤ **NOTIFICACIONES**

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

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

➤ **MONEDA**

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del contratante, asegurado, MAPFRE o Beneficios Médicos 24 AC serán en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos en vigor a la fecha de pago.

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

➤ **INDEMNIZACIÓN POR MORA**

En caso de que MAPFRE o Beneficios Médicos 24 AC no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad por lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

➤ **VIGENCIA DEL CONTRATO**

La vigencia y duración del seguro será de acuerdo con lo señalado en la carátula de la póliza, la cual en ningún caso podrá ser superior a un año.

➤ **CANCELACIÓN**

En caso de que el contratante solicite la cancelación de su póliza MAPFRE devolverá la prima total cobrada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de póliza estipulados en la carátula de esta, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago. La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0041-0420-2011 de fecha 30/09/2011.

