

## CONDICIONES GENERALES CLUB DE PROTECCIÓN SALUD PLUS COPPEL:

La asistencia al que se refiere este programa cubre:

A la persona física que figure como afiliado al programa “**CLUB DE PROTECCIÓN SALUD PLUS**” que cuente con membresía de Asistencia COPPEL, siempre y cuando tengan residencia habitual en Territorio Nacional.

A solicitud del titular, Club de Protección Salud proporcionará la asesoría y atención telefónica de los siguientes servicios:

### CONDICIONES GENERALES

#### Asistencia Médica Telefónica:

##### 1. Orientación y Asesoría Médica Telefónica\*:

En caso de enfermedad o accidente, se brindará asesoría médica telefónica proporcionada por médicos generales, las 24 horas los 365 días del año, dentro de la República Mexicana. Sin límite de eventos.

Esta orientación médica (enunciativa más no limitativa) es la siguiente:

- Reacciones adversas a fármacos.
- Efectos Secundarios de medicamentos.
- Indicaciones y contraindicaciones de medicamentos.
- Orientación materno-infantil. Recomendaciones higiénico-dietéticas.
- Consejo sobre adicciones.
- Consultas sobre evaluación de distintos tratamientos.
- Valoración de la necesidad de consultas a especialistas.
- Conexión con servicios de urgencia y emergencia médica.
- Orientación en primeros auxilios.
- Entre otros

\*Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el médico de Call Center efectuará recomendaciones sobre el uso adecuado de medicamentos de libre venta, en ningún caso podrá prescribir medicamentos sujetos de control sanitario, tales como antibióticos, ansiolíticos, opiáceos y estupefacientes.

##### 2. Orientación Emocional Telefónica:

Nuestro equipo de Profesionales asesorará vía telefónica las 24 horas los 365 días del año, sin límite de eventos, para proporcionar alternativas inmediatas en conflictos emocionales, con el propósito de esclarecimiento y contención de crisis.

Esta orientación (enunciativa, más no limitativa), es la siguiente:

- Angustia
- Trastorno de personalidad
- Violencia intrafamiliar
- Duelo

- Suicidio
- Depresión
- Referencia a otros servicios de apoyo psicológico
- Entre otros

La Orientación Emocional Telefónica es un servicio de apoyo emocional y no constituye una consulta o sesión de terapia psicológica.

### 3. Orientación Nutricional Telefónica:

Un equipo especializado de Nutriólogos asesorará vía telefónica de lunes a viernes de 9:00 horas a 21:00 horas (horario de la Ciudad de México) sin límite de eventos, sobre planes alimenticios, utilización de alimentos, así como orientación sobre la dieta necesaria que debe seguir el usuario ante una enfermedad específica.

Esta orientación para los buenos hábitos de alimentación y el control de enfermedades (enunciativa más no limitativa) es la siguiente:

- Información del plato del bien comer.
- Información sobre los diferentes grupos de alimentos.
- Orientación sobre el intercambio de alimentos sin el incremento de calorías.
- Orientación nutricional ante diferentes enfermedades (Hipertensión, Diabetes, etc.)
- Entre otros

Para recibir el servicio, será necesario que el titular (afiliado activo) proporcione su edad, género, peso y talla, así como enterar al nutriólogo (a) sobre su estado de salud, enfermedades que padezca, tratamientos que reciba y los objetivos que pretende obtener con la Orientación Nutricional Telefónica.

Las recomendaciones que se otorgan en la Orientación Nutricional Telefónica no constituyen una consulta nutricional.

### 4. Orientación Odontológica Telefónica:

Asesoría telefónica proporcionada por un equipo de Odontólogos altamente calificados de lunes a sábado de 9:00 horas a 21:00 horas (horario de la Ciudad de México), sin límite de eventos, para atención inmediata en caso de emergencia odontológica.

Esta orientación (enunciativa, más no limitativa), es la siguiente:

- Casos de dolor.
- Uso de analgésicos.
- Materiales de restauración.
- Procedimientos de tratamientos odontológicos.
- Procesos inflamatorios e infecciosos.
- Aftas.
- Bruxismo (rechinar de los dientes).
- Fracturas coronales.
- Abscesos periodontales.
- Referencia adecuada.
- Entre otros

## Asistencia Médica:

### 1. Concertación de citas en consultorios médicos:

A solicitud del titular del programa, se coordinará vía telefónica una consulta médica en consultorio con médicos de nuestra red. El costo preferencial de la consulta con médicos generales y especialistas tienen un descuento del 10 al 60% y será con cargo al titular del programa.

Un ejecutivo especializado atenderá las solicitudes a través del número telefónico 01 800 (CLUB) asignado al programa, solicitará datos generales; buscará la opción más conveniente y en un promedio menor de 12 horas devolverá la llamada al titular para que elija la alternativa más conveniente a sus necesidades.

El ejecutivo le proporcionará al titular un número de referencia que deberá presentar al proveedor médico junto con la tarjeta del programa e identificación oficial vigente. Sin límite de eventos.

La concertación de citas se realizará de lunes a viernes de 08:00 horas a 20:00 horas y los días sábados de 08:00 horas a 13:00 horas (horario de la Ciudad de México). No se coordinan citas de urgencia. (Debiendo entenderse como urgencias médicas verdaderas aquellas que se originan cuando peligra la vida del paciente o la función de algún órgano vital, y que no se resuelven en un consultorio médico). No obstante, solo se podrá concertar citas para el mismo día cuando la agenda de los médicos así lo permita, pero en ningún caso para urgencias médicas.

Si el titular concertó una cita y no puede acudir, se le solicitará la cancelación con 24 horas de anticipación. Si el titular cancela su cita con la debida anticipación no se considerará como servicio o evento otorgado.

Si durante la consulta el médico requiere aplicar algún medicamento o realizar algún procedimiento, que implique costo adicional deberá tratarlo anticipadamente con el médico ya que el titular deberá de cubrir dichos gastos en efectivo.

Los resultados de la atención médica son responsabilidad directa del proveedor médico que proporciona la consulta médica, Club de Protección Salud no tiene responsabilidad sobre el acto médico.

### 2. Red de descuentos médicos:

Club de Protección Salud a través de su amplia red de establecimientos, ofrece al titular del programa descuentos en diversos servicios médicos los cuales se describen a continuación:

- Descuentos en Hospitales y Clínicas: Se proporcionan descuentos del 5% hasta el 25% en hospitales y clínicas de nuestra red. Sin límite de eventos.
- Descuentos en Laboratorios y de gabinete: Del 10% al 60% con proveedores de nuestra red. Sin límite de eventos.
- Descuentos en Farmacias: hasta del 10% con proveedores de nuestra red. Sin límite de eventos.

Servicios ilimitados, con atención las 24 hrs., los 365 días del año. Los descuentos pueden sufrir actualizaciones por parte de los proveedores sin previo aviso.

### 3. Check Up Médico Anual\*:

El titular tiene derecho a un Check up anual con copago de \$70.00 (SETENTA PESOS 00/100 M.N, IVA incluido) en un laboratorio de nuestra red, el cual consiste en realizar una química sanguínea de 6 elementos (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol y triglicéridos) con el propósito de coadyuvar a la identificación temprana de padecimientos tales como: Diabetes, Hipertensión Arterial e

Hiperlipidemia. Además de la química sanguínea el Check up incluye un Examen General de Orina e interpretación de resultados a través de Orientación Médica Telefónica.

Para efectuar el Check up, el titular deberá:

- Comunicarse para solicitar su cita al (01 800) del programa preferentemente con 48 horas de anticipación (toda vez que el paciente debe tener mínimo de 8 a 12 horas de ayuno para que los resultados sean confiables).
- Un ejecutivo notificará al titular la hora, el lugar y las condiciones en las que deberá presentarse a su cita.
- El copago de este servicio deberá ser realizado por el titular directamente al laboratorio, al término del mismo.
- El titular deberá validar la fecha de entrega de los resultados, directamente en el laboratorio.
- En caso de requerir la interpretación de los resultados, se deberá comunicar sin costo al 01 800 del programa para recibir Orientación Médica Telefónica.

#### 4. Médico a Domicilio

A solicitud del Titular, Club de Asistencia coordinará el envío de un médico general hasta su residencia permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo con costo preferencial desde \$450.00 para la valoración presencial del paciente y en caso necesario se extenderá la receta médica. El Asegurado deberá de efectuar el pago preferencial del servicio directamente al médico.

El servicio se prestará cuando el Asegurado y/o Beneficiario no pueda trasladarse a consulta médica y la situación de salud pueda resolverse en el domicilio del paciente por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, y estará sujeto a valoración médica por parte del médico que recibe la llamada de solicitud.

Club de Asistencia proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En las demás ciudades del territorio nacional, Club de Asistencia hará lo posible por ayudar al Asegurado a contactar a un médico con la mayor celeridad.

Se proporcionará dicho servicio las 24 hrs del día los 365 días del año y sin límite de eventos en toda la República Mexicana, dentro de las zonas de cobertura.

Exclusiones:

- a) No otorgará ningún tipo de responsiva médica durante la prestación de los servicios correspondientes.
- b) No se extenderá constancias o actas de defunción.
- c) No brindará atención médica a ningún paciente cuando éste se encuentre en condiciones tales como: psiquiátrico agresivo, infecto contagioso, ebrio y/o drogado, fuera de los predios y ubicaciones reportadas o fuera del área de cobertura.

Los resultados de la atención médica son responsabilidad directa del proveedor médico que proporciona la atención en el domicilio del asegurado y/o beneficiario, Club de Asistencia no tiene responsabilidad sobre el acto médico.

#### Plan Dental:

El servicio a que se refiere este programa se prestará al cliente que figure como Titular de la cuenta (Afiliado activo). Con cobertura en las principales ciudades de la República Mexicana y/o en la localidad más cercana al titular dentro de dicho territorio.

Con un copago de \$100.00 (cien pesos 00/100 M.N. IVA incluido), se puede acceder a los siguientes beneficios\*:

- a) La consulta dental inicial es sin costo.
- b) Servicio de concertación de citas de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas y sábados de 9:00 a 13:00 horas (hora del Centro de México).

- c) Examen oral (Revisión de dientes y encías) \* (en caso de ser necesario, se tomará una radiografía periapical para un mejor diagnóstico): 1 evento al año.
- d) Limpieza Dental Preventiva (Pulido de dientes con pastas abrasivas y cepillos giratorios o copas de hule), instrucción e higiene bucal\*: 1 evento al año.

- El pago de este servicio deberá ser realizado por el cliente directamente al odontólogo, al término del mismo.
- El tiempo regular de espera para la atención dental en el consultorio podría ser hasta de 30 minutos.
- Consultas posteriores con dentistas de la red de nuestra red: Sin límite de eventos, precios preferenciales. Los costos de las consultas corren a cargo del cliente. (En caso de consultas posteriores el cliente o afiliado activo se convierte en paciente del médico tratante y el costo de la consulta lo determina cada consultorio y lo absorberá directamente el titular).
- La cita dental podrá concertarse en la localidad solicitada por el cliente activo o bien en la localidad más cercana dependiendo de las alternativas y disponibilidad en la agenda médica al momento de solicitar el servicio de Plan Dental.

La atención para el plan dental en consultorio seguirá el siguiente proceso:

- a) Recepción del Paciente.
- b) Llenado de Historia Clínica.
- c) Revisión Oral, Diagnóstico y Plan de Tratamiento.
- d) Realización de Limpieza Preventiva (siempre y cuando no presente ninguna de las exclusiones del programa).

### Notas aclaratorias

Si el afiliado activo o cliente concertó una cita y no puede acudir y necesita re agendar por cualquier motivo, deberá cancelar con 24 horas de anticipación marcando al 01 800 900 2582 y 01 800 022 3060, de lo contrario se tomará la cita como evento otorgado, toda vez que es necesario dicho requisito para no bloquear la agenda de los médicos y liberar espacio para otro paciente.

El Consultorio estará facultado para poder re agendar la cita con el afiliado activo o cliente en casos de fuerza mayor, ofreciendo nuevas alternativas de cita al afiliado activo o cliente directamente.

El afiliado activo o cliente podrá ser atendido por el titular del consultorio o por cualquier odontólogo titulado que labore en el consultorio.

Servicio de concertación de citas de lunes a viernes de 09:00 a.m. a 07:00 p.m. y sábados de 09:00 a.m. a 01:00 p.m.

Si durante la consulta requiere aplicar algún medicamento o realizar algún procedimiento que implique un costo adicional, deberá ser tratado anticipadamente con el dentista, ya que el Afiliado debe cubrir dichos gastos.

El Titular deberá identificarse en el consultorio con su tarjeta de Club de Protección Salud e identificación oficial.

#### i. Objetivo de la Limpieza Dental

El objetivo es crear un entorno oral sano y que el paciente sea capaz de mantenerlo en esas condiciones.

#### ii. Exclusiones de limpieza oral

1. Eliminación de sarro supragingival.
2. Eliminación de sarro infragingival.
3. Gingivitis: Enfermedad bucal bacteriana que ocasiona inflamación y sangrado de las encías.

4. Periodontitis: Enfermedad crónica que provoca la pérdida del hueso del diente irreversiblemente, inflamación de los ligamentos y movilidad o pérdida de las piezas dentales.

### iii. Glosario

**Limpieza infragingival:** Tratamiento de especialidad periodontal que implica anestesia, levantamiento de encías, eliminación de sarro de los cuellos y raíces de las piezas dentales, adhesión nuevamente de las encías y sutura.

**Limpieza oral:** En un entorno oral sano es el pulido de dientes con pastas abrasivas y cepillos giratorios. Es un procedimiento sencillo y rápido, indispensable para mantener la salud dental y no incluye la eliminación de sarro.

**Limpieza supragingival:** Eliminación de placa dentobacteriana y sarro (clínicamente visible sobre la línea de las encías) y pulido de la superficie de los dientes.

**Placa dentobacteriana:** Es un sedimento, bacteriano y adherente que se acumula en los dientes, esta placa es invisible y se forma de bacterias y restos alimenticios causantes de las enfermedades bucales.

**Sarro:** Es la placa dentobacteriana calcificada que da lugar a la formación de masas mineralizadas extremadamente duras, que se adhieren firmemente a la superficie de los dientes y a las raíces de los mismos. Esta placa calcificada se puede retirar con tratamientos de eliminación de sarro supragingival y/o infragingival según sea el caso a costo preferencial.

No son objeto del servicio a que se refiere este ANEXO las prestaciones siguientes:

- A. Daños y contingencias provocados intencionalmente por el titular.
- B. Los causados por mala fe del titular.
- C. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
- D. Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- E. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
- F. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- G. Los servicios que el titular haya contratado sin el previo consentimiento de Club de Asistencia.
- H. La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.
- I. La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el titular con dolo o mala fe.
- J. La asistencia y gastos por enfermedad o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica y tampoco la asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.
- K. Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias profesionales.

Tampoco aplicaran reembolsos de ninguna índole. Los seguros no cubren la práctica profesional de deportes y menos de deportes peligrosos.

### **Coberturas por Accidente:**

#### **1. 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 del mismo 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 debidamente llenado y firmado.
2. Reporte de Informe Médico.
3. Formato de siniestro-persona física.
4. Formato de solicitud de reembolso.
5. Acta de defunción original o copia certificada ante notario público.
6. Acta de nacimiento o copia certificada ante notario público del cliente titular.
7. Copia simple de identificación oficial del cliente titular.
8. Acta de nacimiento original o copia certificada ante notario público de cada uno de los beneficiarios.
9. Copia simple de identificación oficial de cada uno de los beneficiarios.
10. Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.
11. Original o Copia certificada de las actuaciones del ministerio público completas.
12. Consentimiento con designación de beneficiarios.

## 2. Fractura de huesos 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 del mismo, el asegurado sufre cualquiera de las fracturas mencionadas a continuación, MAPFRE pagará al asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura y en caso de ser una fisura se pagará el 20% 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 (fibula).
- 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 MAPFRE 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 derivado 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. Historia clínica o resumen médico emitido por institución que atiende, donde se especifique fechas de atención y estancia hospitalaria si es que aplica.
2. Interpretación de estudios radiológicos.
3. Copia de identificación oficial.
4. Formato de informe médico.
5. Formato siniestro-persona física.
6. Formato de solicitud de reembolso.

### **3. Cobertura de Pago adicional por Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente (BITPA)**

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Durante la vigencia de la Póliza, los miembros del Grupo Asegurable gozarán de la cobertura de Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente, contenido en la presente cláusula, conforme a las siguientes bases:

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Para efectos de esta cláusula se considerará “Invalidez Total y Permanente” cuando el Asegurado haya sufrido lesiones a consecuencia de un accidente que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual y cualquier otro similar que le proporcione un ingreso acorde con sus conocimientos, aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea de carácter total y permanente y esta sea continua durante un periodo no menor de seis meses.

#### **CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Los siguientes casos también se considerarán como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el periodo de espera arriba mencionado para la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella (hacia la cadera). Por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total y por pérdida de la vista de un ojo la ceguera parcial.

#### **ACCIDENTE**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones en la persona del Asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de Invalidez Total y Permanente.



## BENEFICIO.

**MAPFRE** pagará al Asegurado al que se le haya dictaminado un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente, la Suma Asegurada indicada para esta cobertura en la carátula de la póliza, siempre que haya transcurrido un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha del dictamen, y que **MAPFRE** reconozca el estado de Invalidez Total y Permanente.

## PRUEBAS

Para que **MAPFRE MÉXICO** conceda este beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas de que su estado de Invalidez es Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación **MAPFRE MÉXICO** se reserva el derecho de exigir al Asegurado las pruebas sobre dicho estado de invalidez.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a **MAPFRE MÉXICO**, el dictamen de invalidez avalado por una Institución con competencia médica o médico con cédula profesional, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por **MAPFRE MÉXICO**, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez ésta cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. El costo del peritaje cualquiera que sea su resultado correrá a cargo de **MAPFRE MÉXICO**.

Para evaluar la procedencia o no de la Invalidez Total y Permanente, será necesario que la fecha del accidente esté comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza.

## CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

La vigencia de esta cláusula cesará automáticamente sin que se requiera declaración o notificación de **MAPFRE MÉXICO** en el momento que:

- a) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento o cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea la que se estipule en la caratula de la póliza.
- c) El **CONTRATANTE** solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza. En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cláusula.

## Coberturas por Enfermedad:

El pago a realizar por MAPFRE México, S.A. será por una sola ocasión para cada enfermedad. En caso de presentarse otro padecimiento amparado durante la misma vigencia, se pagará el importe correspondiente a dicho padecimiento.

### 1.-Enfermedad Vascul ar Cerebral

Es el tratamiento médico secundario a la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales que produce secuelas neurológicas con duración superior a 24 horas y que provoque lesiones irreversibles y de carácter permanente. Incluye infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra craneal. Para proceder al pago se requiere que se documente el daño por medio de Tomografía axial computarizada o Resonancia magnética. Queda excluidas las crisis de isquemia transitoria.

### 2.- Neumonía

Es la infección a nivel pulmonar que se manifiesta por evidencia clínica de la enfermedad y se corrobora por cambios radiológicos. Para proceder al pago de la indemnización, en adición a los documentos requeridos, se deberá incluir copia del resultado de los estudios radiológicos donde se evidencie la evolución de la enfermedad.

### 3.-Cáncer

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas.

La invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio. Para proceder al pago de la indemnización se requiere el estudio histopatológico que determine la enfermedad como Cáncer. No se aceptará reporte con NIC 3 o de alto grado.

### 4.-Infarto al Miocardio

Consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre valores normales de laboratorio.

### 5.-Úlcera Gástrica y duodenal

Son las enfermedades caracterizadas por la presencia de una úlcera en el estómago o duodeno y que debido a su severidad (definida en función de la capacidad de generar sangrado de tubo digestivo) requiera de tratamiento médico hospitalario o bien la opción de tratamiento quirúrgico.

### **Aviso de siniestro**

En caso de reclamación para el pago de siniestros, se deberá dar aviso por escrito a MAPFRE México, S.A. dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de los hechos que dieron origen a tal reclamación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darse tan pronto cese uno u otro.

MAPFRE México, S.A. tendrá el derecho de exigir al reclamante, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales se puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el contratante, asegurado y/o beneficiario, según corresponda, deberá comprobar a MAPFRE México, S.A. la realización del siniestro, debiendo presentar las formas de reclamación que para tal efecto se les proporcionen debidamente requisitadas, así como los documentos que correspondan.

Las reclamaciones que resulten procedentes, serán liquidadas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que MAPFRE México, S.A. haya recibido toda la documentación que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Toda indemnización será pagada al contratante, asegurado o beneficiario designado, según corresponda.

### **Exclusiones Generales coberturas por Accidente y Enfermedad**

Este seguro no ampara y por consiguiente la indemnización no será pagada como consecuencia de:

- 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 dermocosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil, entre otros.
- d) Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana.
- e) Cirugías de nariz y/o senos paranasales, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- f) Suicidio o cualquier intento del mismo, consciente o inconsciente, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.
- g) Cualquier lesión autoinfligida.
- h) Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o debido a la inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- i) La muerte o lesiones sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones.
- j) 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.
- k) Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.

- l) 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.
- m) Hernias y eventraciones.
- 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) 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) 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) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- s) Cuando el asegurado viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- t) Cuando el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.
- u) Las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
- v) La fractura de los huesos no mencionados en la descripción de la cobertura.
- w) Las propias mencionadas en cada cobertura.
- x) Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza.
- y) Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este Contrato de Seguro.
- z) Enfermedades preexistentes.
- aa) Padecimientos o accidentes originados como consecuencia de un intento de suicidio.
- bb) Enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- cc) Enfermedades congénitas.
- dd) Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.
- ee) Tratamiento médico o quirúrgico por más de una ocasión de las enfermedades cubiertas durante la vigencia del Contrato de Seguro del mismo evento.
- ff) Cáncer de piel en cualquiera de sus estados.
- gg) Cáncer cérvico uterino en la etapa I (in situ).

### Principales Exclusiones de la cobertura por Invalidez Total y Permanente

Estas coberturas no cubrirán estados de Invalidez Total y Permanente a causa de:

- A) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).
- B) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.
- C) Lesiones sufridas en actos delictuosos cometidos por el propio Asegurado.
- D) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero de un vehículo público, de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.

**E) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe como conductor o copiloto durante la celebración de pruebas de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

**F) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.**

**G) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas, igualmente peligrosas.**

**H) Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de estas.**

**I) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro o cuando tenga más de 100 MLG o más de 0.10% de concentración de alcohol en la sangre.**

**J) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.**

**K) Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia grave o imprudencia, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**

**L) Cualquier alteración psicológica o psiquiátrica.**

**M) Padecimientos preexistentes, entendiéndose como tales aquellos cuyos síntomas o signos se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia del contrato por los cuales se haya hecho previamente a la vigencia de la póliza un diagnóstico.**

**No se considera Invalidez Total y Permanente la cancelación de licencia expedida por el Gobierno Federal o Estatal para el ejercicio de una actividad o profesión.**