

Contrato plurianual de prestación de servicios que celebran por una parte, el **Instituto Nacional Electoral**, a quien en lo sucesivo se le denominará el **"Instituto"**, representado por su Apoderado Legal, el Licenciado Bogart Cristóbal Montiel Reyna, Director Ejecutivo de Administración, quien también comparece como Titular del Área Requirente, asistido por el Licenciado José Carlos Ayluardo Yeo, Director de Recursos Materiales y Servicios; por el Licenciado Julián Pulido Gómez, Director de Personal, como Administrador del Contrato y por el Licenciado Antonio Bezares Navarro, Subdirector de Relaciones y Programas Laborales, como Supervisor del Contrato; y por la otra, **GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.**, a quien en lo sucesivo se le denominará el **"Proveedor"**, representado por el C. Dante González Rico, en su carácter de Apoderado Legal, al tenor de las declaraciones y cláusulas siguientes:

Declaraciones

I. Del **"Instituto"**:

I.1 Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 41, base V, Apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 29 de la Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de mayo de 2014, en adelante la **"LGIPE"**, es un organismo público autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

I.2 Que con fundamento en los artículos 134, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23, 31, fracción I, 32, fracción II y 35, fracción I del Reglamento del Instituto Federal Electoral en materia de Adquisiciones, Arrendamientos de Bienes Muebles y Servicios, en adelante el **"Reglamento"**, vigente de conformidad con el artículo Transitorio Sexto del Decreto por el que se expide la **"LGIPE"**, el **"Instituto"** llevó a cabo el procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica número LP-INE-003/2019, en la que se adjudicó al **"Proveedor"** la partida 1, mediante acta de fallo de fecha 12 de marzo de 2019.

I.3 Que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 59 incisos a), b) y h) de la **"LGIPE"**, son atribuciones de la Dirección Ejecutiva de Administración, la aplicación de las políticas, normas y procedimientos para la administración de los recursos financieros y materiales; organizar, dirigir y controlar la administración de los recursos materiales y financieros, y atender las necesidades administrativas de los órganos del **"Instituto"**.

I.4 El Licenciado Bogart Cristóbal Montiel Reyna, Director Ejecutivo de Administración, cuenta con las facultades suficientes para celebrar el presente contrato, según consta en el poder contenido en la escritura pública número 176,111 de fecha 12 de enero de 2015, otorgada ante la fe del Licenciado Cecilio González Márquez, Notario Público número 151 del entonces Distrito Federal, y manifiesta que sus facultades no le han sido modificadas, revocadas, ni limitadas en forma alguna.

I.5 Que la celebración del presente contrato permitirá que la Dirección Ejecutiva de Administración, cumpla con las atribuciones que tiene encomendadas, en términos de los artículos 50 del Reglamento Interior del **"Instituto"** y 59 de la **"LGIPE"**.

I.6 Que los servidores públicos suscriben el presente contrato, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 117, numeral VI de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos de Bienes Muebles y Servicios del Instituto Federal Electoral, vigentes de conformidad con el artículo Transitorio Sexto del Decreto por el que se expide la **"LGIPE"**, en lo sucesivo las **"POBALINES"**.

I.7 Que cuenta con el Acuerdo de Autorización para llevar a cabo adquisiciones, arrendamientos y servicios, cuya vigencia inicie en el ejercicio fiscal siguiente y rebase un ejercicio presupuestario, de fecha 06 de diciembre de 2018, emitido por el Director Ejecutivo de Administración.

I.8 Que cuenta con la suficiencia presupuestal en la partida específica 14403 "Cuotas para el seguro de gastos médicos del personal civil", según consta en el Sistema Integral para la Gestión Administrativa con el número de solicitud interna 2019010148, debidamente aprobada.

La erogación de los recursos para el ejercicio fiscal 2020 y 2021 estará sujeta a la disponibilidad presupuestaria que apruebe la Cámara de Diputados mediante Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para dichos ejercicios, por lo que sus efectos estarán condicionados a la existencia de los recursos presupuestarios respectivos, sin que la no realización de la referida condición suspensiva origine responsabilidad alguna para las partes.

I.9 Que cuenta con la Autorización para la Procedencia del Pago Anticipado, solicitada el 06 de diciembre de 2018, emitida por la Dirección Ejecutiva de Administración.

I.9 Que su Registro Federal de Contribuyentes inscrito ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es INE140404NI0, y señala como su domicilio fiscal el ubicado en Viaducto Tlalpan número 100, Colonia Arenal Tepepan, Alcaldía Tlalpan, código postal 14610, Ciudad de México.

II. Del "Proveedor":

II.1 Que es una empresa constituida conforme a la legislación mexicana, bajo la denominación de LA NACIONAL, COMPAÑÍA DE SEGUROS SOBRE LA VIDA, S.A., según consta en la escritura número 74 de fecha 21 de noviembre de 1901, otorgada ante la fe del Notario Francisco Diez de Bonilla e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio, bajo el número 3,845, a fojas 172, Volumen 18, Libro III, de la Sección de Comercio, hoy folio mercantil 5,968.

Que luego de diversas modificaciones, mediante escritura pública número 9,031 de fecha 02 de marzo de 2007, otorgada ante la fe de la Licenciada Rosamaría López Lugo, Notaria Pública número 223 del entonces Distrito Federal, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio del entonces Distrito Federal, bajo el folio mercantil número 5,968*, el 18 de enero de 2012, se hizo constar, entre otras reformas, la de su denominación, para quedar como GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.

II.2 Que dentro de su objeto social, se encuentra el actuar como Institución de Seguros, realizando entre otras operaciones, accidentes y enfermedades, en el ramo de gastos médicos, según consta en la escritura referida en el párrafo que antecede.

II.3 Que su Apoderado Legal, el C. Dante González Rico, se identifica con credencial para votar, emitida por el Instituto Nacional Electoral, con código identificador de credencial 1552658907, y cuenta con facultades suficientes para celebrar el presente contrato, según consta en el poder contenido en la escritura pública número 143,759 de fecha 28 de febrero de 2013, otorgada ante la fe del Licenciado Homero Díaz Rodríguez, Notario Público número 54 del entonces Distrito Federal, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio del entonces Distrito Federal, bajo el folio mercantil número 5,968*, el 14 de marzo de 2013, y manifiesta que dichas facultades no le han sido modificadas, revocadas, ni limitadas en forma alguna.

II.4 Que su Registro Federal de Contribuyentes inscrito ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es GNP9211244P0.

II.5 Que manifiesta bajo protesta de decir verdad que ni su Apoderado Legal, socios, directivos, ni alguna de las personas que intervendrán con el objeto del presente contrato, se encuentran en los supuestos establecidos en los artículos 59 y 79 del "Reglamento".

Asimismo, manifiesta bajo protesta de decir verdad que ni su Apoderado Legal, socios y directivos que intervendrán con el objeto del presente contrato, se encuentran en el supuesto establecido en el artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

II.6 Que manifiesta encontrarse al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales y en materia de seguridad social.

II.7 Que para efectos del presente contrato señala como domicilio el ubicado en Avenida Cerro de las Torres número 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, código postal 04200, Ciudad de México.

Cláusulas

Primera.- Objeto.

El objeto del presente contrato consiste en la prestación del servicio de seguro colectivo de gastos médicos mayores, para los ejercicios fiscales 2019, 2020 y 2021 (partida 1), en los términos y condiciones que se precisan en el presente contrato y su “**Anexo Único**”, en donde se señala la descripción pormenorizada del servicio, conforme a las especificaciones técnicas señaladas en la convocatoria, las juntas de aclaraciones, el fallo, y la proposición técnica y económica del “**Proveedor**”.

Segunda.- Importe a pagar.

El importe total a pagar es por la cantidad de **\$253,400,818.36 (Doscientos cincuenta y tres millones cuatrocientos mil ochocientos dieciocho pesos 36/100 M.N.)**, incluido el Impuesto al Valor Agregado, de conformidad con los siguiente:

	Prima neta anual (partida 1)			Monto total
	2019	2020	2021	
Subtotal	\$52,079,541.82	\$78,108,448.47	\$88,260,991.05	\$218,448,981.34
I.V.A.	\$8,332,726.69	\$12,497,351.76	\$14,121,758.57	\$34,951,837.02
Total	\$60,412,268.51	\$90,605,800.23	\$102,382,749.62	\$253,400,818.36

En el presente contrato no se consideran anticipos y los precios serán fijos durante su vigencia, por lo que no se encuentran sujetos a ajustes de precios.

Tercera.- Condiciones de pago.

El pago se realizará en 01 (una) sola exhibición, de manera anticipada, al inicio de cada ejercicio fiscal, durante la vigencia del contrato, conforme a lo señalado en el “**Anexo Único**” del presente contrato, previa validación del Administrador del Contrato.

Los **CFDI’s** que presente el “**Proveedor**” para el trámite de pago, deberán cumplir con los requisitos fiscales que señalan los artículos 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación, las reglas 2.7.1.35 o 2.7.1.44 de la Resolución Miscelánea Fiscal (RMF) vigente, o las que en lo sucesivo se adicionen o modifiquen.

Al recibir el pago, el “**Proveedor**” deberá enviar el **CFDI complemento de pago** correspondiente, al correo electrónico de la Subdirección de Cuentas por Pagar (complementodepago.scp@ine.mx), y del Administrador del Contrato (julian.pulido@ine.mx), indicando obligatoriamente como referencia el número de Oficio de Solicitud de Pago (OSP), mismo que le será notificado por la Subdirección de Operación Financiera, vía correo electrónico; dicho envío deberá realizarse dentro de los primeros 10 (diez) días naturales del mes siguiente a aquel en que haya recibido el pago correspondiente.

Para efectos del plazo anterior, se considerará como fecha de recepción del pago, aquella en que el “**Proveedor**” haya recibido la transferencia electrónica en la cuenta bancaria señalada para tal efecto, o bien, en la que haya recibido el cheque correspondiente, en la Caja General de la Dirección Ejecutiva de Administración del “**Instituto**”, ubicada en Periférico Sur, número 4124, piso 1, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, código postal 01900, Ciudad de México.

En caso de que no se reciba el **CFDI complemento de pago** correspondiente en el plazo antes señalado, la Subdirección de Cuentas por Pagar, realizará la denuncia correspondiente ante el Servicio de Administración Tributaria.

Si el “**Proveedor**” está en posibilidad de cumplir con la regla 2.7.1.44 de la RMF, deberá emitir el **CFDI** correspondiente dentro de los plazos establecidos por la Dirección de Recursos Financieros para su recepción.

En términos de los artículos 60 del “**Reglamento**” y 163 de las “**POBALINES**”, para el caso de cualquiera de los supuestos anteriores, la fecha de pago no podrá exceder de 20 (veinte) días naturales contados a partir de que el “**Proveedor**” presente el **CFDI** correspondiente, previa liberación del pago por parte del Administrador del Contrato, quien, en su caso, deberá adjuntar el comprobante de pago por concepto de penas convencionales o contractuales a favor del “**Instituto**”.

Cuarta.- Vigencia.

La vigencia del presente contrato es del 01 de abril de 2019 al 31 de diciembre de 2021.

El “**Proveedor**” deberá emitir las pólizas de seguros por cada año de ejercicio presupuestal con las siguientes vigencias:

- De las 00:00 horas del día 01 de abril hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2019.
- De las 00:00 horas del día 01 de enero hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2020.
- De las 00:00 horas del día 01 de enero hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2021.

Quinta.- Lugar, plazo y condiciones para la prestación del servicio.

El “**Proveedor**” prestará el servicio a partir del 01 de abril de 2019 al 31 de diciembre de 2021, de conformidad con lo señalado en el “**Anexo Único**” del presente contrato.

El “**Proveedor**” deberá presentar al Administrador del Contrato, los estándares de servicio señalados en el “**Anexo Único**” del presente contrato, en el domicilio señalado en la **Cláusula Sexta** del presente contrato, de lunes a viernes, en un horario de 09:00 a 18:00 horas.

Sexta.- Administración y supervisión del contrato.

En términos de lo previsto en el artículo 68 del “**Reglamento**”, el responsable de administrar y vigilar el cumplimiento del presente contrato es el Titular de la Dirección de Personal, adscrita a la Dirección Ejecutiva de Administración del “**Instituto**”, y señala como domicilio para los efectos del presente contrato, el ubicado en Periférico Sur número 4124, sexto piso, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, código postal 01900, Ciudad de México.

En términos de los artículos 105, fracción VIII, 155 de las “**POBALINES**” y 27 del “**Reglamento**”, el responsable de administrar y vigilar el presente contrato deberá informar por escrito a la Dirección de Recursos Materiales y Servicios, lo siguiente:

1. De los atrasos e incumplimientos, así como el cálculo de las penas convencionales y contractuales correspondientes, anexando los documentos probatorios del incumplimiento en que incurra el “**Proveedor**”.
2. Evaluación del “**Proveedor**”.

Con fundamento en los artículos 68 del “**Reglamento**”, 143, último párrafo y 144 de las “**POBALINES**”, el responsable de supervisar el cumplimiento del contrato es el Titular de la Subdirección de Relaciones y Programas Laborales.

Séptima.- Garantía de cumplimiento.

Por encontrarse en los supuestos de los artículos 15 y 294, fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, se exceptúa al “**Proveedor**” de presentar la garantía de cumplimiento del presente contrato, sin embargo, queda obligado a garantizar los servicios de conformidad con la Garantía de Servicio correspondiente.

Octava.- Pena convencional y contractual.

En términos de lo estipulado en los artículos 62 del “Reglamento” y 145 de las “POBALINES”, si el “Proveedor” incurre en algún atraso en el cumplimiento de los plazos para la prestación del servicio, le serán aplicables penas convencionales de conformidad con lo siguiente:

Número	Motivo	Tiempo máximo de respuesta (días hábiles)	Contabilización	Base de cálculo
1	Atraso en la emisión de las pólizas y credenciales.	10	A partir del requerimiento realizado, vía correo electrónico u oficio, por parte del Administrador del Contrato o del Supervisor del Contrato.	4 UMA por cada día hábil de atraso.
2	Atraso en la entrega de las cartas cobertura.	2		10 UMA por cada día hábil de atraso.
3	Atraso en las reexpediciones de pólizas y endosos que hayan presentado errores.	7		4 UMA por cada día hábil de atraso.
4	Atraso en entrega de notas de crédito o aplicación de transferencia bancaria.	3		6 UMA por cada día hábil de atraso.
5	Atraso en proporcionar el número de siniestro.	3		
6	Atraso en la aceptación o rechazo de pagos especiales (siniestros).	10		
7	Atraso en la entrega del finiquito del siniestro.	7	A partir de la entrega por parte del “Proveedor” del acuse de recibo de que la documentación se encuentra completa.	10 UMA por cada día hábil de atraso.
8	Atraso en pagos de reembolsos.		A partir del requerimiento realizado, vía correo electrónico u oficio, por parte del Administrador del Contrato o del Supervisor del Contrato.	
9	Atraso en la entrega de reportes de siniestralidad mensual.	15	A partir de los 15 (quince) días naturales siguientes del mes que corresponda al mes concluido.	

Asimismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 145, inciso A. de las “POBALINES”, se aplicarán al “Proveedor” penas contractuales, de conformidad con lo siguiente:

Suscripción de pólizas				
Número	Motivo	Tiempo máximo de respuesta (días hábiles)	Contabilización	Base de cálculo
1	Emisión de pólizas correspondientes a las altas, bajas y modificaciones.	10	A partir de la recepción de la solicitud, ya sea, vía correo electrónico u oficio, por parte del Administrador del Contrato o del Supervisor del Contrato.	50 UMA por cada día hábil de atraso.
2	Emisión de movimientos y endosos en cualquier póliza.	5		50 UMA.
3	Reexpedición de pólizas y endosos por errores.	5		30 UMA por cada día hábil de atraso.
4	Entrega del duplicado de pólizas y recibos.	5		60 UMA por cada día hábil de atraso.
5	Entrega de notas de crédito, aplicación de transferencia bancaria o pagos de siniestros.	7		

Reuniones de trabajo				
Número	Motivo	Referencia	Tiempo máximo de respuesta (2 [dos] días hábiles)	Base de cálculo
1	Reuniones de trabajo con ejecutivos (Gerente o Director) del “Proveedor”.	Estándares de servicio.	Por faltar a la reunión de trabajo debidamente notificada (vía oficio o medio electrónico), solicitada por el Administrador del Contrato o del Supervisor del Contrato.	30 UMA por no asistir
2	Reuniones de trabajo con ejecutivos (Ejecutivo de Cuenta) del “Proveedor”.			15 UMA por no asistir

Nota: para el caso de aplicación de penas convencionales y/o contractuales por definición, se considera UMA a: la unidad de medida y actualización diaria; el valor mensual será el producto de multiplicar el valor diario de la UMA por 30.4 (treinta punto cuatro). El valor anual será el producto de multiplicar el valor mensual de la UMA por 12 (doce). Para efectos de su aplicación, la temporalidad del UMA, se considera diaria.

El límite máximo de la pena convencional y/o contractual que podrá aplicarse al **"Proveedor"**, será hasta el 20% (veinte por ciento) del monto del contrato, después de lo cual, el **"Instituto"** podrá iniciar el procedimiento de rescisión administrativa del contrato.

El **"Instituto"** notificará por escrito al **"Proveedor"** el atraso en el cumplimiento de sus obligaciones, así como el monto que deberá pagar por concepto de pena convencional o contractual, el cual deberá ser cubierto dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a aquél en que se le haya requerido, debiendo hacerlo mediante cheque certificado o a través de transferencia electrónica a favor del **"Instituto"**, a la cuenta autorizada que le proporcione con la notificación correspondiente.

El **"Proveedor"** se obliga ante el **"Instituto"** a responder por la calidad del servicio, así como de cualquier responsabilidad en la que pudiere incurrir, en los términos señalados en el presente contrato y en la legislación aplicable.

El pago del servicio quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que el **"Proveedor"** deba efectuar por concepto de penas convencionales o contractuales por atraso, en el entendido de que, si el contrato es rescindido, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de servicio.

Novena.- Terminación anticipada.

De conformidad con lo establecido en los artículos 65 del **"Reglamento"** y 147, 148, 149 y 150 de las **"POBALINES"**, el **"Instituto"** podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato en los siguientes casos:

- I. Por caso fortuito o fuerza mayor;
- II. Cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir el servicio solicitado:
 - a) Cuando se determine la nulidad de los actos que dieron origen al contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio emitida por el Órgano Interno de Control del **"Instituto"**,
y
 - b) Cuando el Administrador del Contrato justifique mediante dictamen que la continuidad del contrato contraviene los intereses del **"Instituto"**.

De conformidad con el artículo 105, fracción IX de las **"POBALINES"**, el pago de los gastos no recuperables se estará a lo dispuesto en el artículo 149, fracción I del mismo ordenamiento; en este supuesto el **"Instituto"** reembolsará al **"Proveedor"**, previa solicitud por escrito, los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el contrato correspondiente.

Décima.- Rescisión administrativa.

El **"Instituto"** podrá en cualquier momento rescindir administrativamente el presente contrato, cuando el **"Proveedor"** incurra en incumplimiento de sus obligaciones, así como en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Si el **"Instituto"** corrobora que el **"Proveedor"** ha proporcionado información falsa, relacionada con su documentación legal o su proposición técnica o económica;
- b) Si el monto calculado de las penas convencionales o contractuales, excede el 20% (veinte por ciento) del monto del contrato.
- c) Si incumple cualquier obligación establecida en el **"Reglamento"** o demás ordenamientos aplicables.

En el supuesto de que el “Instituto” rescinda el presente contrato se atenderá conforme al procedimiento establecido en los artículos 64 del “Reglamento”, 151 y 152 de las “POBALINES”.

Décima Primera.- Prevalencia.

De conformidad con lo establecido en los artículos 54, penúltimo párrafo del “Reglamento” y 105, fracción IV de las “POBALINES”, la convocatoria, sus juntas de aclaraciones, el contrato y su “Anexo Único”, son los instrumentos que vinculan a las partes en sus derechos y obligaciones. Las estipulaciones que se establezcan en el contrato no deberán modificar las condiciones previstas en la convocatoria y sus juntas de aclaraciones; en caso de discrepancia, prevalecerá lo establecido en estas últimas.

Décima Segunda.- Transferencia de derechos.

En términos de lo señalado en el último párrafo del artículo 55 del “Reglamento”, el “Proveedor” no podrá transferir los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con el consentimiento expreso y por escrito por parte de la Titular de la Dirección de Recursos Financieros del “Instituto”.

Décima Tercera.- Impuestos y derechos.

Los impuestos y derechos que se generen con motivo del presente contrato, correrán por cuenta del “Proveedor”, trasladando al “Instituto” únicamente el Impuesto al Valor Agregado de acuerdo a la legislación fiscal vigente.

Décima Cuarta.- Propiedad intelectual.

En términos de lo señalado en el artículo 54, fracción XX del “Reglamento”, en caso de violaciones en materia de derechos inherentes a la propiedad intelectual, la responsabilidad estará a cargo del “Proveedor”, por lo que de presentarse alguna reclamación al “Instituto”, el “Proveedor” se obliga a sacarlo en paz y a salvo frente a las autoridades administrativas y judiciales que correspondan.

Décima Quinta.- Solicitud de información.

El “Proveedor” se compromete a proporcionar los datos e informes relacionados con el presente contrato que en su caso le requiera el Órgano Interno de Control del “Instituto” en el ámbito de sus atribuciones y en apego a lo previsto en los artículos 70 del “Reglamento” y 82, párrafo 1, inciso g) del Reglamento Interior del “Instituto”.

Décima Sexta.- Confidencialidad.

El “Proveedor” no podrá divulgar ningún tipo de información relacionada con el presente contrato, y tampoco podrá utilizarla en su beneficio o de terceros, sin la previa autorización expresa y por escrito del “Instituto”.

Décima Séptima.- Responsabilidad laboral.

El “Proveedor” será el único patrón de todas las personas que intervengan bajo sus órdenes en el desempeño y operación para el cumplimiento del presente contrato, por lo que asume todas las obligaciones y responsabilidades derivadas de la relación laboral, ya sean civiles, penales o de cualquier otra índole, liberando al “Instituto” de cualquiera de ellas, y por ningún motivo se le podrá considerar a este último como patrón solidario, sustituto, beneficiario o intermediario.

Décima Octava.- Incrementos y modificaciones.

En términos de lo establecido por los artículos 61 del “Reglamento”, 156, 157, 158, 159 y 160 de las “POBALINES”, durante la vigencia del presente contrato se podrá incrementar el monto o la cantidad del servicio, siempre que no rebasen en conjunto el 20% (veinte por ciento) del monto establecido originalmente, y el precio del servicio sea igual al pactado originalmente.

La modificación del plazo originalmente pactado para la prestación del servicio, sólo procederá por caso fortuito, fuerza mayor o causas atribuibles al “Instituto”.

Cualquier modificación al presente contrato será establecida por escrito y por mutuo consentimiento de las partes, mediante la formalización de un convenio modificatorio.

Décima Novena.- Caso fortuito o fuerza mayor.

El “Instituto” y el “Proveedor” no serán responsables por cualquier retraso en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas del presente contrato, cuando ello obedezca a caso fortuito o de fuerza mayor debidamente acreditados, por lo que para el caso de presentarse alguno de los supuestos citados, el Administrador del Contrato, de conformidad con lo previsto en el artículo 105, fracción X de las “POBALINES”, podrá otorgar un plazo mayor para la prestación del servicio, ello a solicitud expresa del “Proveedor”. La petición que formule el “Proveedor” deberá constar por escrito y únicamente será procedente con anterioridad a la fecha en que conforme al contrato se haga exigible su cumplimiento.

Vigésima.- Vicios del consentimiento.

El “Instituto” y el “Proveedor” reconocen que en la celebración del presente contrato no ha mediado error, dolo, lesión, violencia, mala fe, ni vicio alguno del consentimiento que pudiera invalidarlo o nulificarlo.

Vigésima Primera.- Notificaciones.

Las notificaciones entre las partes se harán por escrito en los domicilios señalados en la declaración II.7 y **Cláusula Sexta** del presente contrato, y en caso de que alguna cambie de domicilio, se obliga a comunicarlo por escrito a la otra con 15 (quince) días hábiles de anticipación, en la inteligencia que de no hacerlo serán válidas las que se practiquen en los domicilios antes señalados.

Vigésima Segunda.- No discriminación.

En la ejecución del objeto del presente contrato, el “Proveedor” deberá evitar cualquier conducta que implique una discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, condición social, salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana, y deberá cumplir con las disposiciones laborales de equidad y género que le correspondan de conformidad con la legislación aplicable.

Vigésima Tercera.- Jurisdicción y controversias.

Para la interpretación y solución de controversias derivadas del presente contrato, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad de México, renunciando a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de su domicilio presente o futuro o por cualquier otra causa.

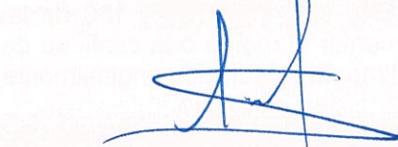
Leído el presente contrato y enteradas las partes de su contenido y fuerza legal, lo firman en cuatro tantos en la Ciudad de México, el 27 de marzo de 2019.

Por el “Instituto”

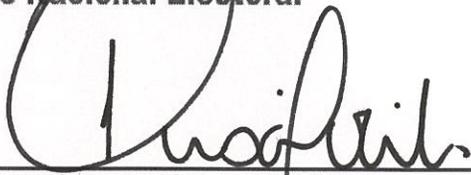
Por el “Proveedor”


Licenciado Bogart Cristóbal Montiel Reyna
Director Ejecutivo de Administración
Apoderado Legal y
Titular del Área Requirente

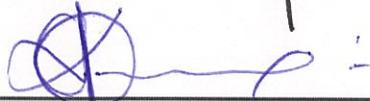

C. Dante González Rico
Apoderado Legal


Licenciado José Carlos Ayluardo Yeo
Director de Recursos Materiales y Servicios





Licenciado Julián Pulido Gómez
Director de Personal
Administrador del Contrato



Licenciado Antonio Bezares Navarro
Subdirector de Relaciones y Programas Laborales
Supervisor del Contrato

Las firmas que anteceden forman parte del contrato **INE/029/2019** celebrado por el **Instituto Nacional Electoral**, y por la empresa **GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.**



“Anexo Único”

1. Objeto.

Servicio de seguro colectivo de gastos médicos mayores, para los ejercicios fiscales 2019, 2020 y 2021 (partida 1).

2. Vigencia y condiciones de la contratación.

El **“Proveedor”** garantiza que cada póliza cubrirá la vigencia señalada en la **Cláusula Cuarta** del contrato.

En caso de cancelación de la póliza o baja de los asegurados por causas ajenas a la voluntad de los asegurados, éstos quedarán cubiertos por padecimientos, hasta un periodo de 90 (noventa) días naturales a partir de su fecha de baja para aquellos padecimientos que hayan erogado algún gasto durante la vigencia de la póliza, en el caso de no haber contratado su derecho de conversión.

El **“Instituto”**, evaluará caso por caso y determinará aquellas situaciones en las que una condición ajena a la voluntad del asegurado, impida que una persona continúe dentro de la colectividad.

En caso de reinstalación del personal por resolución o determinación judicial o administrativa, el **“Proveedor”** deberá reconocer la antigüedad que ordenen las autoridades mencionadas. El pago de estas primas, se cubrirá por parte del **“Instituto”** y, en su caso, por el mismo asegurado en descuento por nómina, de acuerdo a la contratación que tenía hasta antes de la separación laboral.

3. Aspectos generales de la Póliza de Gastos Médicos Mayores.

Gastos Médicos Mayores es una cobertura integrada dentro del manual vigente de percepciones del **“Instituto”**, con cobertura para los servidores públicos de mando y sus dependientes económicos, ante cualquier evento súbito e imprevisto que afecte su salud e integridad física.

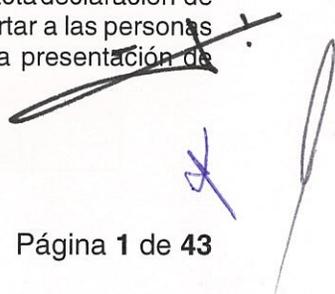
El objetivo primordial de esta póliza, es cubrir, proteger y resarcir al servidor público y familiares asegurados de los gastos en que incurran, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo dentro de los límites y condiciones que se señalan en el presente **“Anexo Único”**.

Lo anterior, tendrá lugar siempre que el asegurado sea atendido dentro de la República Mexicana; y tanto la póliza como el asegurado, se encuentren dentro del período de vigencia al momento de ocurrir la enfermedad o accidente. Los gastos en el extranjero se pagarán al tipo de cambio al momento de solicitar el reembolso.

4. Las primas de seguros de los servidores públicos por la cobertura básica autorizada.

Desde Jefe de Departamento u homólogos hasta nivel de los Consejeros Electorales (cuadro de niveles) incluye cónyuge* o concubina (o) e hijos hasta los 25 (veinticinco) años, se pagará por el **“Instituto”** en forma anual, con ajustes semestrales por los movimientos de altas, bajas y modificaciones de los asegurados en la colectividad.

Adicionalmente, para todo el personal se respetará la cobertura, aun cuando exista inexacta declaración de edad, sexo o inclusive omisiones de personal por errores u omisiones al momento de reportar a las personas que integrarán la presente póliza. Asimismo, conviene señalar que no será necesario la presentación de pruebas médicas para ingresar a la póliza, por parte de ninguno de los asegurados.



Para efectos del contrato y del presente “**Anexo Único**”, las edades límites de aceptación y renovación para cualquier asegurado serán sin límite de edad, sean titulares, cónyuge, concubina (o) o pareja del mismo sexo, en el caso de sus dependientes económicos será de acuerdo al límite de edad autorizada.

Las primas de los incrementos voluntarios (potenciación) de suma asegurada (SA) de los titulares y dependientes económicos, serán cubiertas por los servidores públicos, así como las primas de la cobertura básica de los hijos mayores de 25 (veinticinco) hasta 30 (treinta) años y de ascendientes, con descuentos vía nómina quincenal y como retenedor el “**Instituto**” en pago mensual sin recargo por pago fraccionado (ver tabla de incrementos, señalada en el numeral **8.30 Suma Asegurada** del presente “**Anexo Único**”).

La contratación voluntaria o incrementos, ya sea de ascendientes o hijos mayores de 25 (veinticinco) años, podrán solicitarlo los titulares en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza.

Dichas primas serán cubiertas por el asegurado titular con cargo a su salario a través del sistema de nómina del “**Instituto**”, quien efectuará el pago de forma mensual, sin recargo por pago fraccionado.

En la póliza potenciada solo se cubrirán siniestros cuya fecha de primer gasto en la póliza básica, sea posterior al inicio de vigencia de la cobertura potenciada y que el asegurado afectado deberá estar asegurado tanto en la póliza básica como en la póliza de potenciado sin periodos al descubierto desde la fecha del primer gasto a la fecha de reclamación del siniestro.

Los niveles que señalan de SA potenciada, se refiere a que esa Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM) es el tope a llegar entre la básica y la potenciación.

Las tarifas de potenciación ascendientes e hijos mayores de 25 (veinticinco) años que cubre el trabajador de manera voluntaria, no deberán presentar aumento de manera general ni individual (es decir, por tipo de asegurado, nivel tabulador y SA potenciada) durante la vigencia del contrato.

Los niveles serán desde Jefe de Departamento u homólogos hasta los Consejeros Electorales con coberturas básicas desde 111 (ciento once) UMAM a 295 (doscientos noventa y cinco) UMAM de cobertura asegurada, sin importar edad y sexo de acuerdo con el siguiente cuadro de niveles.

Las primas deberán ser fijas por cada ejercicio fiscal.

CUADRO DE NIVELES
Niveles de acuerdo al manual de percepciones

Grupo jerárquico	Puesto	Nivel	UMAM
1	Consejero Presidente, Consejeros Electorales y Secretario Ejecutivo	7	295
2	Contralor General, Directores Ejecutivos, Director y Jefes de Unidad Técnica y Homólogos	8	259
3	Subcontralores	9	222
	Coordinadores del Registro Federal de Electores y Homólogos	10	185
4	Vocales Ejecutivos de Junta Local	9	222
	Director de Área de Estructura y Homólogos	10	185
	Vocales Secretarios de Junta Local, Vocales Ejecutivos de Junta Distrital	10	185
5	Directores, Vocales Locales, Vocales Secretarios Distritales; Subdirectores de Área	11	148
6	Vocales Distritales y Coordinadores Operativos	11	148
	Jefes de Departamento y Homólogos	12	111

Nivel tabular	Puesto de la plaza	UMAM
LA3	Asistente Local	111
LC1	Asistente Local	111

Nivel tabular	Puesto de la plaza	UMAM
XCA	Asesor Consejero A	111
LC4	Jefe de Departamento	111
MA1	Jefe de Departamento	111
MA2	Jefe de Departamento	111
MA4	Jefe de Departamento	111
LC5	Jefe de Proyecto de Logística	111
LA5	Líder de Proyecto	111
MA3	Líder de Proyecto	111
XCB	Asesor Consejero B	148
RA1	Coordinador de Enlace Institucional	148
QB2	Coordinador de Tecnologías	148
MB2	Coordinador Operativo	148
MB3	Líder de Proyecto	148
NA2	Líder de Proyecto	148
NA	Líder de Proyecto	148
QC2	Líder de Proyecto	148
NB2	Líder de Proyecto	148
PC2	Líder de Proyecto	148
NC3	Líder de Proyecto	148
MC2	Residente de Obra	148
QA5	Secretario Privado de Secretario Ejecutivo	148
QA2	Subcoordinador de Tecnología e Información Administrativa	148
NC2	Subdirector de Área	148
PA2	Subdirector de Área	148
PB1	Subdirector de Área	148
PB4	Subdirector de Área	148
PC1	Subdirector de Área	148
MB1	Vocal de Junta Distrital	148
PA3	Vocal de Junta Local	148
NC1	Vocal Secretario de Junta Distrital	148
XCC	Asesor Consejero C	185
SB2	Coordinador de Logística	185
SA4	Coordinador de Operación en Campo	185
RA2	Director de Área	185
RB3	Director de Área	185
SA2	Director de Área	185
SB4	Secretario Particular del Presidente del Consejo	185

Nivel tabular	Puesto de la plaza	UMAM
SB3	Secretario Particular de Secretario Ejecutivo	185
PA4	Vocal Ejecutivo de Junta Distrital	185
PB2	Vocal Secretario de Junta Local	185
TB2	Coordinador de Asesores Presidencia	222
TA2	Subcontralor	222
RC3	Vocal Ejecutivo de Junta Local	222
UA5	Contralor General	259
TB3	Director de Unidad Técnica	259
SC2	Director del Secretariado	259
TC3	Director Ejecutivo	259
XC10A	Consejero Electoral	295
XC0A	Consejero Presidente	295
UB3	Secretario Ejecutivo	295

Nota: En caso de crearse nuevos puestos, se considerarán de acuerdo a su nivel tabular.

5. Descripción de las coberturas y condiciones aplicables a la póliza de gastos médicos mayores,

El “**Proveedor**” deberá elaborar el contrato-póliza por el periodo solicitado, de acuerdo con lo siguiente:

Las condiciones establecidas en el contrato y el presente “**Anexo Único**”, tendrán prelación respecto a las condiciones generales del “**Proveedor**”, por lo que éste deberá operar únicamente las exclusiones,

contenidas en el presente “Anexo Único”.

Condiciones generales			
Cobertura	Nacional y emergencia en el extranjero para todos		
Nivel de hospitales	ALTO TRIPLE “AAA”		
SA Cobertura Básica: De 111 a 295 UMAM Potenciación voluntaria 1. Desde 148 UMAM hasta 1000 UMAM. 2. Sin límite, según la tabla de SA siguiente: Reinstalación automática por nuevo padecimiento.	Nivel	UMAM	Tipo
	1	Sin límite. Para los asegurados que cuenten con una SA potenciada sin límite, será respetada. Para las nuevas altas, se contemplará como máximo una SA de \$50,000,000 M.N.	Potenciación
	2	1,000	
	3	740	
	4	592	
	5	444	
	6	333	
	7	295	Básico
	8	259	
	9	222	
	10	185	
	11	148	
12	111		
Tabla de honorarios quirúrgicos GUA	60 UMAM		
Deducible	2 UMAM, al rebasar el deducible de 2 UMAM, siempre y cuando la reclamación sea procedente, el “Proveedor” pagará los gastos cubiertos en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza. En este sentido, se observará la tabla de aplicación de deducibles y coaseguros.		
Coaseguro	10% (diez por ciento)		

El “Instituto” pagará la prima por la cobertura básica para todos los niveles.

Deducible y coaseguro	
Deducible en la República Mexicana.	2 UMAM (para todos los hospitales que no se encuentren en la tabla siguiente)
Deducible en el extranjero (titulares, cónyuge, supérstite o concubina o pareja del mismo sexo e hijos).	Por accidente 4 UMAM Por enfermedad 5 UMAM
Coaseguro en el extranjero.	20% (veinte por ciento)

TABLA DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE POR TIPO DE HOSPITAL

Hospitales	Deducible
Ángeles del Pedregal Ángeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC Santa Fe Ángeles de Querétaro Ángeles Mocel Corporativo Hospital Satélite	4 UMAM
Hospital Ángeles Metropolitano Star Médica Lomas Verdes Ángeles Clínica Londres Médica Sur Ángeles Lindavista Hospital San Javier	3 UMAM

Los deducibles de la tabla anterior, no aplicarán para los niveles 259 y 295 UMAM, para éstos aplicará el deducible de 2 UMAM, con independencia del hospital donde se atiendan.

		Deducible	Coaseguro
Aplicación deducible y coaseguro enfermedad	Médico y hospital de red	Programación de cirugía, reporte y hospitalario	2, 3 ó 4 UMAM de acuerdo a los
			Se elimina

		Deducible	Coaseguro
	Médico no red y hospital de red	reembolso Programación de cirugía o reporte hospitalario Reembolso	deducibles establecidos y a la tabla de deducible por tipo de hospital. Se elimina sobre la factura hospitalaria Aplica sobre la factura del médico Se elimina sobre la factura del médico y aplicará sobre la factura hospitalaria por no encontrarse en convenio. Aplica sobre la factura hospitalaria. Aplica
	Médico red y hospital no red	Programación de cirugía o reporte hospitalario Reembolso	
	Médico no red y hospital no red	Reembolso	
Aplicación deducible y coaseguro accidente dentro de los 90 (noventa) días	Programación de cirugía, reporte hospitalario y reembolso	Se elimina	Se elimina
Urgencias o emergencias	Médico y hospital de red	Se elimina	Se elimina
	Si en la ciudad no se cuenta con hospital o médico de red	Se elimina	Se elimina
	Hospital de red y médico no red, pero se ajusta al tabulador médico	Se elimina	Se elimina

COBERTURAS ESPECIALES	
En caso de baja del titular dentro de la póliza básica, automáticamente el beneficio de la potenciación y demás coberturas contratadas, serán cancelados para el titular, dependientes y ascendientes.	
Cláusula de emergencia en el extranjero	Hasta por una SA de \$50,000.00 (Cincuenta mil dólares americanos 00/100 USD), y un deducible de \$50.00 (Cincuenta dólares americanos 00/100 USD), sin aplicación de coaseguro.
Accidente	El accidente se cubrirá siempre y cuando la atención médica se efectúe dentro de un máximo de 90 (noventa) días naturales posteriores a la ocurrencia del evento, en este caso, el asegurado podrá eliminar deducible y coaseguro.
Padecimientos preexistentes	Amparada e incluida desde inicio de vigencia de acuerdo a su definición.
Pago de Complementos *Cada asegurado deberá presentar en la reclamación, copia de su última carta de finiquito donde se aprecia el remanente.	Incluidos los gastos complementarios, se pagarán hasta el remanente de la SA contratada cuando se originó el primer gasto. Sólo se cubrirán Complementos de siniestros de entrada, excluyendo los de salida, considerando que el proveedor saliente, tendrá 90 (noventa) días naturales siguientes a la primera erogación efectuada por el asegurado. El pago de Complementos podrá aplicar aun cuando no se reporte el detalle de siniestralidad.
Reconocimiento de antigüedad	Amparada Para obtener los beneficios que otorga la presente póliza y opere el reconocimiento de antigüedad generado con otras Compañías Aseguradoras, sean pólizas de grupo o contratadas de forma individual, se reconocerá la antigüedad, presentando copia de la póliza o certificado de GMM anterior del servidor público y para el caso de las individuales, el recibo de pago y certificado correspondiente. No deberá existir más de un mes al descubierto entre una póliza y otra.
Circuncisión, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral, incluye extrusión y protusión), tumores mamarias, padecimientos ano rectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia de piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías	Cubiertos sin periodo de espera. Para operaciones de nariz y rodilla, será necesario una segunda opinión médica.

COBERTURAS ESPECIALES	
biliares, cataratas, glaucoma, queratocono, litiasis renal y en vías urinarias y colecistitis	
Parto normal, aborto necesario o involuntario y cesárea.	<p>Sin deducible y coaseguro, hasta 50 (cincuenta) UMAM; sin periodo de espera para titulares o sus cónyuges, descendientes del titular de la póliza cuando utilicen la red médica.</p> <p>Se aplicará deducible y coaseguro establecido en las condiciones de la póliza, si no se utiliza la red médica.</p> <p>Se podrán cubrir los gastos del recién nacido (pediatra, cunero, incubadora, etcétera), siempre y cuando no rebase el límite establecido.</p> <p>Solo en caso de partos gemelares o múltiples, se podrá aumentar la cobertura en un 50% (cincuenta por ciento) adicional al importe autorizado para la cobertura.</p> <p>Sólo tendrán derecho a la cobertura, las descendientes (hijas) del o la titular, para los casos en que el recién nacido presente complicaciones del embarazo y/o del recién nacido, se podrá autorizar el 50% (cincuenta por ciento) de la SA para esta cobertura, la diferencia será a cargo del asegurado.</p> <p>Está cobertura opera sin deducible ni coaseguro.</p>
Padecimientos congénitos	<p>No existe edad mínima de aceptación para niños nacidos fuera de la vigencia de la póliza, por lo que el "Proveedor" deberá reconocer una antigüedad con un límite del 40% (cuarenta por ciento) de la SA, y considerar que deberá contar con un periodo de espera de 10 (diez) meses.</p> <p>Para niños nacidos dentro de la vigencia – cubiertos sin restricción.</p> <p>Nota: hasta 60 (sesenta) días naturales a partir del alumbramiento del bebé, para darlo de alta en la póliza.</p>
Aparatos ortopédicos	Cubiertos por accidente y enfermedad, hasta por la SA contratada.
Reembolso en compra o reparación de lentes	<p>Se cubren los gastos para la compra o reparación de lentes a consecuencia de una enfermedad justificada médicamente, sin deducible ni coaseguro. Se pagará la reposición de los lentes, presentando el informe médico oftalmológico o el estudio de optometría correspondiente, pagándose sólo vía reembolso, hasta por la SA de 2.5 (dos punto cinco) UMAM.</p> <p>Una sola vez cada 3 (tres) años (para contabilizar el tiempo, se tomará en cuenta la fecha de la factura), para tener derecho a este beneficio, los asegurados deberán contar como mínimo con 1 (un) año de antigüedad ininterrumpido en la póliza, para que puedan beneficiarse de esta prestación.</p> <p>El Administrador del Contrato entregará al "Proveedor" un listado de asegurados con la fecha de reembolso de esta cobertura de los últimos 3 (tres) años, para garantizar y/o apoyar que solo se indemnizará una sola vez, cada 3 (tres) años y sólo aplicará vía reembolso.</p> <p>Para efectos de control, el "Proveedor" deberá solicitar un reporte que contenga la antigüedad del servidor público que requiera el reembolso; de igual forma, el "Proveedor" deberá enviar un reporte mensual al Administrador del Contrato, de los pagos realizados en ese periodo; en caso de que el "Proveedor" cubra un reembolso en más de una ocasión en el lapso de 3 (tres) años o que no reúna la antigüedad el trabajador, por causas imputables al mismo, no deberá considerarse en la siniestralidad, absorbiendo el importe el "Proveedor".</p> <p>Es opcional para el asegurado utilizar los convenios que el "Proveedor" tenga celebrados o el de su preferencia.</p>

COBERTURAS ESPECIALES	
Reembolso en compra o reparación de aparatos auditivos	<p>Se cubren los gastos para la compra o reparación de aparatos auditivos a consecuencia de una enfermedad justificada médicamente, sin deducible ni coaseguro. Se pagará la reposición de los aparatos, presentando el informe médico de audiometría y el estudio correspondiente, pagándose sólo vía reembolso. Hasta por la SA de 9 (nueve) UMAM.</p> <p>Una sola vez cada 3 (tres) años (para contabilizar el tiempo se tomará en cuenta la fecha de la factura).</p> <p>El Administrador del Contrato entregará al "Proveedor" un listado de asegurados con la fecha de reembolso de esta cobertura de los últimos 3 (tres) años, para garantizar y/o apoyar que solo se indemnizará una sola vez cada 3 (tres) años.</p> <p>Hasta \$25,000.00 (Veinticinco mil pesos 00/100 M.N.).</p>
Tratamientos oftalmológicos (miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo) que impliquen cirugía.	<p>Para asegurados con 5 (cinco) dioptrías en cualquier ojo.</p> <p>Sin deducible ni coaseguro.</p>
Descuentos en farmacias y laboratorios en convenio con el "Proveedor" .	Incluidos, presentando la tarjeta de la póliza o copia de la póliza.
Descuentos en check ups para asegurados en la póliza en hospitales de red.	El "Proveedor" deberá presentar una dirección de página web con el detalle de todos los proveedores con los cuales se puede obtener este beneficio.
Potenciación:	<p>El "Instituto" tendrá la facultad de solicitar al "Proveedor", potenciar la SA básica, a petición de los asegurados, a cualquiera de los niveles antes descritos a la SA básica, estableciéndose que no se condicionará a que todos los asegurados tendrán que potenciar, ni tampoco a una misma suma, por lo que cada asegurado titular tendrá la opción de elegir la SA a la que desee potenciar.</p> <p>Las primas de los incrementos voluntarios (potenciación) de la SA de los titulares y dependientes económicos, podrán ser solicitadas en cualquier momento de la póliza y serán cubiertas por los servidores públicos, así como las primas de ascendientes e hijos mayores de 25 (veinticinco) y hasta 30 (treinta) años, en descuentos quincenales y como retenedor el "Instituto", en pago mensual sin recargo por pago fraccionado.</p> <p>Las facturas por la potenciación, serán expedidas a nombre del titular, las cuales se deberán entregar como fecha límite, los primeros 10 (diez) días del mes de marzo de cada año con el importe respectivo.</p> <p>En caso de que el asegurado (a) titular determine potenciar su SA y/o asegurar a su cónyuge o concubina/concubinario y/o hijos dependientes económicos y/o ascendientes, deberá de apegarse a lo señalado en el numeral 6.1. Altas del presente "Anexo Único".</p>
Coberturas adicionales:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deportes peligrosos practicados en forma amateur y de recreo. 2. Se ampara a los asegurados en caso de accidente, cuando se use cualquier medio de transporte, entre otros, de forma enunciativa, más no limitativa a: automóvil, motocicleta, motoneta, bicicleta, etcétera. 3. Gastos por donadores de trasplantes hasta 100 (cien) UMAM. 4. No cancelación de ascendentes por límite de edad. 5. Cobertura para cónyuge e hijos dependientes económicos menores de 25 (veinticinco) años, si son solteros, y para hijos mayores de 25 (veinticinco) años y hasta 30 (treinta) años, el pago de la prima será a cargo del titular. 6. Edad límite de ingreso para ascendentes 79 (setenta y nueve) años, con cargo al titular, renovación sin límite de edad; el "Proveedor" deberá reconocer a los ascendientes mayores al límite de ingreso, siempre y cuando se encuentren asegurados y no se interrumpa por un término mayor a un mes, aún y cuando provengan de otra póliza o "Proveedor" diverso. 7. Eliminación de períodos de espera. 8. Ambulancia terrestre y aérea con servicio de Terapia Intensiva y equipo para estabilizar la salud en una emergencia médica para trasladar al paciente a un servicio de: <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización - Cama extra - Medicamentos - Consultas médicas

COBERTURAS ESPECIALES

- Sala de operaciones y
- Todos los servicios relacionados con la urgencia

9. Daño psiquiátrico.
10. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros, etcétera.
11. Compra o renta de aparatos y prótesis.
12. Tratamientos médicos quirúrgicos de carácter reconstructivo o estético, únicamente a consecuencia de un accidente, demostrándolo con sus respectivos estudios y radiografías.
13. Pago directo en hospitales y médicos de red con presentación de tarjeta de asegurado o copia de su póliza.
14. En emergencias, no se debe aplicar deducible y coaseguro del hospital, con independencia si este se encuentra o no dentro de la red médica.
15. Consultas médicas telefónicas sin costo a nivel nacional.
16. Cobertura para últimos gastos por gastos funerarios, con una suma de 45 (cuarenta y cinco) UMAM, presentando las facturas correspondientes vía reembolso, no aplica deducible y coaseguro, siempre y cuando el fallecimiento ocurra por un padecimiento cubierto por esta póliza.

Este beneficio se cubre vía reembolso y con la funeraria que elija el asegurado.

17. Pagos especiales.
18. Derecho de conversión cubierto, en caso de que un asegurado deje de pertenecer a la colectividad asegurada y haga uso de su derecho a contratar una póliza de gastos médicos mayores individual con los mismos beneficios y alcances establecidos en la póliza colectiva, quedando a su cargo por su cuenta y costo el pago de la prima correspondiente.

El asegurado lo solicitará al **"Proveedor"** por escrito, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de baja de la presente póliza.

Aplicará sin presentar pruebas médicas, sin tener ninguna limitante por la edad del asegurado.

En el caso que dicho asegurado cuente con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con las condiciones de la póliza, hasta el agotamiento de la SA de estos padecimientos.

En caso de fallecimiento del titular, siempre y cuando su cónyuge y/o hijos y/o ascendientes se encuentren asegurados en su póliza o certificado, éstos podrán solicitar al **"Proveedor"** la continuidad del seguro en las mismas condiciones de cobertura y tarifa en que se encontraba asegurado el titular y/o bajo las condiciones que se establezcan entre el **"Proveedor"** y el asegurado. En este supuesto, los pagos de las primas anuales serán cubiertos por el asegurado o asegurados que queden como responsables de la póliza, sin obligación alguna para el **"Instituto"**.

19. Colas de Siniestros: Quedan amparados los gastos erogados durante la vigencia de esta póliza por padecimientos, tratamientos y sus complicaciones, que tuvieron su origen antes del inicio de esta póliza, hasta agotar la SA contratada, aunque la primera reclamación hubiese sido cubierta por otras compañías aseguradoras anteriores a la vigencia de esta póliza.

El **"Proveedor"** cubrirá los gastos que resulten, durante la vigencia de esta póliza por padecimientos, tratamientos y sus complicaciones, que tuvieron su origen antes del inicio de esta póliza.

En caso que el asegurado disminuyera o cancelara su cobertura potenciada, el remanente de SA en caso de siniestro, se limitará a la SA básica o contratada (Potenciación).

Para un nuevo siniestro se aplicará la última SA contratada al momento del evento.

20. La entrega de la siniestralidad deberá ser mensual y acumulada por parte del **"Proveedor"**, en formato Excel a la cuenta javier.aguilar@ine.mx, dentro de los

COBERTURAS ESPECIALES	
	<p>siguientes 15 (quince) días naturales de cada mes, que contenga como mínimo los siguientes rubros o en su caso, los que le sean requeridos por el "Instituto". Rubros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de siniestro • Fecha inicial de siniestro • Fecha del pago realizado • Nombre del asegurado titular • Nombre del asegurado afectado • Nombre del padecimiento • Importe reclamado • Importe pagado • Nombre del médico tratante • Tipo de pago realizado • Reembolso, programado o por reporte hospitalario • Coaseguro y deducible contratado y aplicado • Institución médica que prestó el servicio <p>Adicionalmente, el "Proveedor" deberá entregar un listado de los padecimientos no cubiertos o rechazados, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de siniestro • Fecha inicial de siniestro • Nombre del asegurado titular • Nombre del asegurado afectado • Nombre del padecimiento • Importe reclamado • Nombre del médico tratante • Causa de rechazo <p>21. Cláusula de Prelación. 22. Cláusula de No-Adhesión. 23. Cláusula de Errores u Omisiones.</p>

6. Administración.

Al final de la vigencia, el "Proveedor" deberá entregar la relación de toda la población asegurada en medio magnético, con todos los datos que se utilizarán para el aseguramiento.

6.1. Altas.

Se reportará el personal en servicio activo, así como sus dependientes serán reportados al "Proveedor" dentro de los 90 (noventa) días hábiles posteriores a su ingreso al "Instituto" o movimiento de personal, respetando la vigencia solicitada para este seguro.

El servidor público formará parte de la colectividad asegurada, con todos los beneficios que eso acarrea, a partir del primer día de su incorporación al servicio, reconocido por el "Instituto".

Mientras esté en vigor la presente póliza, el "Proveedor" incluirá bajo la protección de la misma, con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual, el "Instituto" deberá solicitarlo por escrito vía correo electrónico o cualquier otro medio al "Proveedor", indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la presente póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada, debiendo confirmar el "Proveedor" la respuesta de recepción dentro de las 2 (dos) horas siguientes a la recepción de la misma.

Causarán alta en esta póliza, los asegurados titulares que posteriormente al inicio de vigencia de la misma, ingresen a la colectividad asegurada, obligándose el **"Instituto"** a comunicarlo por escrito vía correo electrónico al **"Proveedor"** dentro de los 90 (noventa) días hábiles siguientes a su ingreso.

Si la notificación se hace fuera de los 90 (noventa) días enunciados, el alta quedará condicionada a la previa aceptación por parte del **"Proveedor"**. En caso de alta de un asegurado dentro de la vigencia de la presente póliza, el **"Proveedor"** cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso y hasta el próximo vencimiento del aniversario de la prima.

El dependiente económico del asegurado titular podrá ser dado de alta dentro de los 90 (noventa) días hábiles 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, notificándolo al **"Proveedor"** por escrito y acompañando la documentación que compruebe su parentesco con el asegurado titular o, en su caso, se incluirá a la concubina/concubinario.

Toda persona que dentro de los 90 (noventa) días hábiles siguientes a aquél en que, formando parte de la colectividad asegurable de esta póliza, no otorgue su consentimiento para formar parte de la colectividad asegurada, quedará sujeta a las condiciones de aceptación por parte del **"Proveedor"**.

Si el asegurado titular determina asegurar a sus hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza, deberá notificarlo al **"Proveedor"** dentro de los 60 (sesenta) días hábiles siguientes a la fecha de su acontecimiento. De no haber sido notificado 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, el cónyuge podrá formar parte de la colectividad asegurada desde la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique al **"Proveedor"** dentro de los 60 (sesenta) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificada dentro de ese período, la cobertura dará inicio hasta que el cónyuge sea dado de alta.

En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el asegurado titular lo notifique por escrito al **"Instituto"** y éste a su vez al **"Proveedor"**, anexando la copia certificada del acta de nacimiento o matrimonio, según sea el caso.

El ajuste de primas por las altas se hará de manera semestral, sobre los movimientos.

Si el asegurado(a) titular determina potenciar su SA y/o asegurar a su cónyuge o concubina(rio) y/o hijos dependientes económicos y/o ascendientes, los términos y condiciones serán iguales a la cobertura del titular y la modificación y/o alta, quedará registrada a partir de la fecha de solicitud del asegurado titular al **"Proveedor"**. 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, serán considerados a partir de la quincena en que se solicite.

El incremento de la SA sólo tendrá efectos para los padecimientos iniciados con posterioridad a la solicitud de la misma, para todos los asegurados, haciéndose los ajustes correspondientes de primas sin recargos por pago fraccionado. El asegurado contará con un plazo de 45 (cuarenta y cinco) días hábiles a partir de la fecha de alta, para dar aviso al **"Instituto"**, así como al **"Proveedor"**, de su deseo de potenciar su SA correspondiente.

Los reportes podrán ser enviados mediante correo electrónico y confirmados por el ejecutivo de cuenta otorgando número de folio para la cobertura de altas nuevas.

6.2 Bajas.

El personal que deje de prestar sus servicios dentro del “**Instituto**” deberá ser reportado al “**Proveedor**” dentro de los 90 (noventa) días naturales a que cause baja. En aquellos casos que por mandato judicial se tenga que reintegrar al servidor público al “**Instituto**”, deberá conservar la antigüedad que tenía en la póliza a partir de la fecha que se generó la baja. En el caso de las pólizas básicas que paga el “**Instituto**”, serán cubiertas, y las que paga el servidor público serán cubiertas por el mismo.

- En caso de baja del asegurado, el “**Instituto**” se obliga a comunicarlo por escrito o correo electrónico al “**Proveedor**” dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores a su baja, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas, cesarán desde el momento de su separación.

- Estos asegurados deberán contar con el beneficio de conversión a individual, siempre que no presenten periodos al descubierto.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte del “**Proveedor**” a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del “**Instituto**”, obliga a reintegrar dicho pago al “**Proveedor**”.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, el “**Proveedor**” devolverá la prima a prorrata no devengada, correspondiente a dicho asegurado.

Para los servidores públicos y asegurados que hayan generado baja del “**Instituto**”, a través del derecho de conversión podrán contratar una póliza individual en los mismos términos y beneficios de la póliza colectiva o, en su caso, los que se establezcan entre el “**Proveedor**” y los ex servidores públicos y/o familiares asegurados, siendo el pago de la prima correspondiente a cargo del servidor público o asegurado que haya causado baja.

Debiendo presentar al “**Proveedor**” carta donde se compromete a ofrecer una póliza de acuerdo al derecho de conversión para los ex servidores públicos del “**Instituto**” y sus familiares asegurados.

7. Derecho de conversión.

Cubierto en caso de que un asegurado (ex servidores públicos y familiares) deje de pertenecer a la colectividad asegurada y haga uso de su derecho a contratar una póliza de gastos médicos mayores individual con los mismos términos y beneficios establecidos en la póliza colectiva o, en su caso, los que se establezcan entre el “**Proveedor**” y los ex servidores públicos y/o familiares asegurados, adhiriendo el “**Proveedor**” la póliza a un plan con los costos de la cartera individual que aplique en ese momento, quedando a cargo del asegurado, el pago de la prima correspondiente (sin importar si el titular se incluye o no en esa póliza).

El asegurado solicitará al “**Proveedor**” por escrito dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha que fue dado de baja de la presente póliza.

El derecho de conversión aplicará sin presentar pruebas médicas y sin tener ninguna limitante por la edad del asegurado.

En caso que dicho asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con las condiciones de la póliza, hasta el agotamiento de la SA de estos padecimientos.

7.1 Para la cobertura básica autorizada.

Será la administración con ajuste semestral de primas, sobre los movimientos de altas y bajas.

7.2 Para potenciación.

Para titulares y dependientes se harán ajustes quincenales de movimientos y pagos quincenales de primas y se enviarán los reportes quincenales para su registro en el sistema del “**Proveedor**”. El descuento por nómina será sin recargo por pago fraccionado.

Los reportes podrán ser enviados mediante correo electrónico y confirmados por el ejecutivo de cuenta, otorgando número de folio para la cobertura de altas nuevas.

7.3 Mantenimiento y condiciones del servicio.

El “**Proveedor**” deberá proporcionar a través de la Dirección de Personal, la asistencia necesaria para la debida administración y seguimiento de la póliza, para lo cual deberá presentar como mínimo una plantilla del personal que garantice la atención y servicios necesarios durante la vigencia de la póliza, con experiencia y conocimiento en el ramo, de cuando menos 1 (un) año en el manejo de pólizas similares.

8. Definiciones y condiciones generales que integran la póliza de gastos médicos mayores.

Para proteger a los servidores públicos de mando, así como cónyuge (concubina/concubinario), hijos dependientes económicos y padres del asegurado titular.

DEFINICIONES DE LA PÓLIZA	
Las definiciones descritas a continuación, son aplicables al contrato y al presente “ Anexo Único ” y formarán parte de la póliza del seguro de gastos médicos mayores; dichas definiciones serán las que aplicarán en este Contrato de No-Adhesión y con Clausula de Prelación:	
Asegurado	Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza y cuyo nombre aparezca en el registro de asegurados que se anexe a ésta póliza, y que tendrá el carácter de titular, si cuyo nombre se expide en el correspondiente certificado individual de la póliza o, de dependiente económico del titular, si se trata de la persona que para efectos de la misma designa como su cónyuge (concubina[ri]o) y/o, hijos menores hasta de 30 (treinta) años (debiendo pagar el titular la prima correspondiente al aniversario de la póliza de hijos de 26 [veintiséis] a 30 [treinta] años) que no tengan remuneración por trabajo personal y/o, padres del asegurado titular, que cumplan con los requisitos de aceptación y que éste determine proteger.
Contratante	El “ Instituto ”.
Nivel	Nivel tabular del “ Instituto ” para los servidores públicos de mandos medios y superiores que tienen derecho a la póliza y es la base para determinar la cobertura básica contratada para cada nivel.
Titular	Es el servidor público de mando medio o superior que tiene derecho a la prestación del seguro a partir de su fecha de alta a la plaza de nivel que corresponda o al “ Instituto ”, y puede incorporar de manera voluntaria a sus dependientes económicos (cónyuge o concubina/concubinario), hijos menores de 25 (veinticinco) años o padres menores de 79 (setenta y nueve) años.
UMA	Unidad de Medida y Actualización diaria.
UMAM	Unidad de Medida y Actualización Mensual.

8.1 Accidente cubierto.

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

8.2 Coaseguro.

Porcentaje especificado en la carátula y endosos de la póliza, a cargo del asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible. En caso de pago directo operará bajo las condiciones estipuladas en “Pago Directo”.

Para la póliza el tope de coaseguro por padecimiento no podrá exceder de las primeras 250 (doscientos cincuenta) UMAM.

8.3 Costo razonable.

Se entenderá como tal, aquél cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y el “**Proveedor**”, 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.).

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por la póliza no podrá exceder, para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete con los que el “**Proveedor**” no tenga convenio de pago directo, del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

8.4 Cuarto privado estándar.

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

8.5 Deducible.

Cantidad indicada en la carátula y/o endosos de la presente póliza, a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento por enfermedad o accidente cubierto. En caso de pago directo, operará bajo las condiciones estipuladas en “Pago Directo”.

8.6 Emergencia médica.

Se considera emergencia médica, la aparición repentina de una alteración de la salud o accidente cubierto por la póliza, que se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, por lo cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital, dentro de las 24 (veinticuatro) horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente.

8.7 Endoso.

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

8.8 Enfermedad.

Cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

8.9 Enfermedad congénita.

Es aquella que se produce durante el periodo de gestación y que se manifiesta desde el nacimiento en cualquier etapa de la vida y que se contrae en el útero materno.

8.10 Enfermedad cubierta.

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

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

8.11 Gasto médico.

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

8.12 Gasto médico mayor.

Es la acumulación de gastos médicos que se generan 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.

8.13 Honorarios médicos.

Es aquella 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.

8.14 Hospital o sanatorio.

Compañía legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados las 24 (veinticuatro) horas del día.

8.15 Hospitalización.

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

8.16 Nivel de tabla de I. Q.

Es la SA máxima contratada, especificada en la carátula y/o endosos de la presente póliza, así como en el correspondiente certificado individual, para intervenciones quirúrgicas.

8.17 Padecimiento.

Es una alteración en la salud del asegurado, provocada por una causa anormal, interna o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico médico definitivo.

8.18 Padecimientos preexistentes.

Es aquella alteración de la salud:

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

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

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

Para fines de esta póliza, las enfermedades y/o malformaciones congénitas se consideran preexistentes. La contratación voluntaria permanece en la cobertura básica para ascendientes e hijos mayores de 25 (veinticinco) años; para efectos de la potenciación, no aplica para padecimientos preexistentes.

8.19 Pago directo.

Sistema mediante el cual, el “**Proveedor**” liquidará directamente al prestador de servicios, los gastos realizados por el asegurado, como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la presente póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la red médica; que los servicios respectivos sean coordinados a través del “**Proveedor**”; que el asegurado cuente con su tarjeta de identificación o copia de su certificado; y, que la póliza no se encuentre con adeudo de primas. El pago directo aplica en estancias hospitalarias mayores a 24 (veinticuatro) horas.

Para el caso de estudios en laboratorios clínicos, gabinetes y otros servicios ambulatorios, si estos son programados dentro de la red de servicios, el pago será directo, en caso contrario, la recuperación de los gastos erogados será vía reembolso.

8.20 Pago mixto.

Sistema de pago mediante el cual, el “**Proveedor**” 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.

8.21 Periodo al descubierto.

Es el lapso en el cual, la póliza no está pagada. Inicia al día siguiente de finalizado el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

No procederá el pago directo de reclamaciones por enfermedad y/o accidentes cubiertos, cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este período.

8.22 Periodo de espera.

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de alta del asegurado para que se pueda cubrir un padecimiento, de acuerdo a las especificaciones de la póliza, para que se puedan cubrir ciertas enfermedades.

8.23 Periodo de gracia.

Es el lapso de 30 (treinta) días naturales, contado a partir del inicio de la prestación de los servicios contenidos en la póliza, con que cuenta el “**Instituto**” para pagar la prima o cada una de las fracciones pactadas.

En este período, solo se otorgará el servicio de pago directo en caso de estancias hospitalarias mayores a 24 (veinticuatro) horas, cuyo ingreso se haya efectuado a través del área de urgencias. Para casos diferentes a éstos, operará el sistema de reembolso una vez que la prima haya sido pagada.

8.24 Prima.

La prima inicia con la vigencia del contrato. El monto de la prima es la suma de las primas correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su sexo, edad y cobertura del plan contratado, en la fecha de inicio de vigencia. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha.

8.25 Programación de cirugías.

Servicio otorgado al asegurado cuando el **"Proveedor"** confirma el pago directo al prestador de servicios, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

8.26 Red médica.

Se integra por los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos, gabinetes y centros de rehabilitación vinculados con el **"Proveedor"**, por convenios que tienen por objeto proporcionar a los asegurados, el servicio de pago directo de los gastos médicos cubiertos, por la atención otorgada por los prestadores de servicios a los asegurados.

8.27 Reembolso.

Mecanismo mediante el cual, el **"Proveedor"** reintegra al asegurado, los gastos procedentes efectuados por él mismo a consecuencia de un padecimiento cubierto, perteneciendo el prestador de servicios o no, a la red de prestadores de servicio del **"Proveedor"**.

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por esta póliza, no podrá exceder del estipulado entre el **"Proveedor"** y los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos y de gabinete de la red médica, para servicios de la misma especialidad o categoría de acuerdo al costo razonable.

8.28 Renovación.

Expedición consecutiva de la póliza por un periodo igual, en las condiciones contractuales vigentes en el momento en que inicia su nueva vigencia.

8.29 Reporte desde el hospital.

Es el proceso consistente en el reporte que el asegurado hace al **"Proveedor"**, ya sea al Call Center, al Módulo de Atención o al Supervisor Médico, informando que ha sido ingresado en una clínica, hospital o sanatorio, con la finalidad de que, una vez analizado el expediente médico por esta última, dictamine si cubre o no el evento.

Eventualmente, también puede efectuarse a través de la administración del propio hospital, sanatorio o clínica.

8.30 Suma asegurada (SA).

Es el límite máximo de responsabilidad del **"Proveedor"** por cada asegurado a consecuencia de cada enfermedad y/o accidente cubierto.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMA indicado en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada, mientras éstas se mantengan vigentes en forma continua, por el UMAM al momento en que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o

accidente, entendiéndose como primera erogación, cuando se reciba el servicio médico, ya sea en compañía privada o gubernamental, o se realice la compra de medicamentos o material médico necesario.

Por cada gasto reclamado, por una misma enfermedad o accidente, la SA irá disminuyendo en la misma cantidad, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad o accidente, no rebasarán la SA contratada.

La SA se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad, llegase a disminuir o agotarse, solo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto igual al de la SA.

Suma asegurada:

NIVEL	UMAM	TIPO
1	Sin límite *	Potenciación
2	1,000	
3	740	
4	592	
5	444	
6	333	
7	295	
8	259	Básico
9	222	
10	185	
11	148	
12	111	

Deducible:	2, 3 o 4 UMAM, de acuerdo a los deducibles establecidos y a la tabla de deducible por tipo de hospital
Coaseguro:	10% (diez por ciento)
Tabla de honorarios quirúrgicos de:	60 (sesenta) UMAM
Nivel de hospitales:	Alto

*El “**Proveedor**” deberá respetar el beneficio de la SA sin límite y/o \$99,999,999.00 (noventa y nueve millones novecientos noventa y nueve mil novecientos noventa y nueve pesos 00/100 M.M.) a los asegurados que cuenten con él, al momento de la contratación. Para las nuevas altas, se contemplará como máximo una SA de \$50,000,000.00 (cincuenta millones de pesos 00/100 M.N.).

El “**Instituto**” pagará la prima básica hasta el nivel 7 que corresponden a 295 (doscientas noventa y cinco) UMAM y del nivel 6 al 1 están considerados como potenciación a elección de cada trabajador con pago de la prima a su cargo, se precisa que los niveles básicos, también podrán potenciar la SA a nivel inmediato superior. (ver tabla de incrementos, señalada en el numeral **8.30 Suma Asegurada** del presente “**Anexo Único**”).

8.31 Tabla de intervención quirúrgica (Tabla de I.Q.).

Relación de intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos terapéuticos que indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado, para determinar el monto máximo que pagará el “**Proveedor**” para cada enfermedad y/o accidente cubierto por concepto de honorarios médicos para cada una de ellas y/o dichos procedimientos.

8.32 Documento o tarjeta de identificación (Credenciales).

Documento físico o digital de cada asegurado, expedida por el “**Proveedor**” que contenga como mínimo la siguiente información:

- Fecha de alta al seguro
- Nombre del asegurado
- Vigencia
- Antigüedad
- SA y
- Datos de identificación de la póliza

8.33 Vigencia.

Periodo de validez del contrato. Las pólizas de seguro tendrán una vigencia:

- De las 00:00 horas del día 1 de abril y hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre del año 2019.
- De las 00:00 horas del día 1 de enero y hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre del año 2020.
- De las 00:00 horas del día 1 de enero y hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre del año 2021.

Las primas están consideradas por niveles de plazas, y al ser colectivas, los precios de las primas serán fijos por cada año, durante la vigencia del contrato y sólo en el caso de ascendientes, será de conformidad a los 3 (tres) niveles de cotización señalado en el **Apéndice 1**. El resto de los asegurados deberán tener las primas de acuerdo a su nivel y tipo de asegurado (titular, cónyuge o concubina o concubinario e hijos). Por primas se refiere al costo unitario por asegurado.

Si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente, el asegurado incurriera en los gastos que a continuación se mencionan, el **“Proveedor”** cubrirá el costo de los mismos de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en el contrato, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo.

Lo anterior, tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y el asegurado se encuentre dentro del periodo de vigencia al momento de ocurrir la enfermedad o accidente y para las coberturas de emergencia en el extranjero, los siniestros se pagarán al tipo de cambio al momento de ocurrido el evento.

8.34 Médicos en convenio.

Lista de médicos profesionistas independientes que tienen celebrado un convenio con el **“Proveedor”**, para diferenciarlos a los asegurados que solicitan sus servicios y en el cual, entre otros acuerdos, aceptan ajustarse a los tabuladores definidos de acuerdo al plan contratado.

9. Condiciones generales.

9.1 Cobertura básica.

El **“Proveedor”** protegerá a cada asegurado durante la vigencia del contrato y de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto, el asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la presente póliza.

El **“Proveedor”** pagará dichos gastos hasta por la SA estipulada en la carátula o endosos de esta póliza, sin que exista un periodo máximo de cobertura, siempre y cuando cada renovación anual de la póliza se siga efectuando en forma ininterrumpida con el **“Proveedor”**, terminando la obligación de éste con el agotamiento de la SA vigente al momento de suceder el siniestro.

En caso de que la renovación de esta póliza no se efectúe, la obligación del **“Proveedor”** se limitará al pago de gastos erogados, dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la primera erogación efectuada por el asegurado con anterioridad al término de la vigencia de esta póliza, por concepto de padecimientos o

tratamientos iniciados en vigencias anteriores con el “**Proveedor**” o, hasta que se agote el remanente de la SA contratada en la vigencia correspondiente, lo que ocurra primero.

9.2 Gastos médicos cubiertos.

Aquellos gastos a cargo del “**Proveedor**” en los que incurra el asegurado dentro de la República Mexicana, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico cirujano 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/o endosos que se agreguen a la misma.

Los gastos médicos cubiertos por la presente póliza son los siguientes, los cuales se detallan en forma enunciativa pero no limitativa:

- Gastos de hospital, clínica o sanatorio. Comprenden el costo de un cuarto privado estándar, alimentos y paquete de admisión.
- Costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el asegurado permanezca internado.
- Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionadas con el padecimiento cubierto. Se deberá presentar la factura y receta correspondiente. Dicha factura deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables y aprobados por las autoridades sanitarias. Se deberá presentar la factura y receta correspondientes, a nombre del titular asegurado.
- El “**Proveedor**” contará con un sistema de programación de medicamentos, surtido y entrega de medicamentos o análogo, para aquellos padecimientos cubiertos, en el cual se requiera el consumo de forma periódica, garantizando la entrega de esos medicamentos a domicilio, a nivel nacional con experiencia probada de por lo menos un año de gestión. Así mismo deberá indicar el procedimiento operativo de la entrega de medicamentos.
- Los honorarios médicos por intervención quirúrgica, tratamiento médico o consultas médicas (máxima una diaria por asegurado), se pagarán de acuerdo a la tabla de honorarios médicos autorizada por el “**Proveedor**”. Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por intervención quirúrgica. Se incluyen gastos por anestesista, instrumentista, ayudante, entre otros.
- 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, cubriendo con el 20% (veinte por ciento) al primer ayudante, en caso estrictamente necesario con el 10% (diez por ciento) al segundo ayudante y 5% (cinco por ciento) al instrumentista. 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 el “**Proveedor**”, por honorarios médicos por intervención quirúrgica.

Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre que sus servicios hayan sido prescritos y justificados por el médico tratante, con un máximo de tres turnos y hasta un periodo máximo de 30 (treinta) días naturales.

- Sala de operaciones, recuperación y curaciones. Equipo de anestesia.
- Transfusiones de sangre y/o plasma, sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante.
- Gastos originados por estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, electroencefalogramas y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparado por esta póliza. Estos gastos serán cubiertos, siempre y cuando exista un

diagnóstico médico definitivo.

- Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, así como pulmón artificial y/o marcapasos.
- Gastos erogados por donadores de trasplantes.
- Ambulancia de traslado terrestre.
- Ambulancia aérea en caso de emergencia médica, la compañía cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de este servicio en territorio nacional, siempre y cuando este servicio se requiera como consecuencia de una emergencia médica de un padecimiento cubierto, y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presenta dicha emergencia.
- 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.
- Los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, se cubren sólo a través del sistema de reembolso. El “**Proveedor**” cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.
- Análisis clínicos o estudios completos (Check Ups). El personal asegurado de alto mando (con pólizas básicas con cobertura de 259 y 295 UMAM) podrán solicitar en hospitales y laboratorios en convenio o red médica sin deducible ni coaseguro, una vez por cada ejercicio fiscal, una revisión clínica completa (Check Ups). Para la programación del servicio, deberán entregar los formatos debidamente requisitados con un mínimo de 10 (diez) días hábiles de anticipación. En el caso de que el titular asegurado realice por cuenta propia el estudio, se reembolsará el importe correspondiente. Lo anterior de conformidad con el **Apéndice 2**.

Gastos médicos derivados de la práctica ocasional o amateur de deportes peligrosos, tales como sin estar limitados a:

- Esquí
- Deportes aéreos
- Buceo
- Charrería
- Hockey
- Equitación
- Alpinismo, montañismo, espeleología y rapel
- Motociclismo
- Go karts
- Jet ski
- Bicicleta de montaña

Bajo ninguna circunstancia se cubrirán gastos médicos derivados de la práctica de los siguientes deportes peligrosos: box, lucha libre o greco romana, aun cuando se practiquen de manera amateur u ocasional.

9.3 Enfermedades y tratamientos cubiertos.

Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia derivados de una enfermedad o accidente cubierto.

Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.

Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se presenten radiografías que demuestren el daño sufrido a causa de ese accidente.

9.4 Enfermedades y tratamientos cubiertos sin periodo de espera.

Se cubrirán, entre otros sin limitar, los gastos de circuncisión, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral incluye extrusión y protusión), tumoraciones mamarias, padecimientos ano rectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia de piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, glaucoma, queratocono, litiasis renal y en vías urinarias y colecistitis.

9.5 Enfermedades y tratamientos cubiertos con periodo de espera.

Los asegurados deberán tener al menos 4 (cuatro) años de cobertura continua en las pólizas contratadas por el "Instituto", para que se cubran los gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La cobertura aplica siempre y cuando el virus del SIDA no haya sido detectado antes o durante el periodo mencionado en el párrafo anterior. Durante ese mismo periodo no se cubrirán los gastos de diagnóstico para detectar el virus.

9.6 Cobertura de la madre asegurada.

Si la madre asegurada tiene al menos 10 (diez) meses de cobertura continua al momento de la operación cesárea, parto o aborto involuntario o necesario o si es titular, cónyuge o concubina del titular, se cubrirán los honorarios médicos y gastos de hospitalización originados por ello, hasta el límite máximo de cobertura contratada, sin deducible ni coaseguro. En caso de no ser médicos de red, se aplicará deducible y coaseguro.

Solo si la madre asegurada tiene al menos 10 (diez) meses de cobertura se cubrirán las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El periodo de espera aplicará, siempre y cuando no se utilice hospital y médico de red:

- a) Embarazo extrauterino
- b) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
- c) Mola hidatiforme (embarazo molar)
- d) Fiebre puerperal
- e) Placenta previa
- f) Placenta acreta
- g) Óbito intrauterino

9.6.1 Exclusiones.

1. Aborto voluntario, independientemente de sus causas o complicaciones.
2. Cualquier complicación del embarazo, parto y puerperio no mencionada en la cobertura de la madre asegurada.

9.7 Cobertura del recién nacido o padecimientos congénitos.

Se podrán cubrir los gastos del recién nacido (pediatra, cunero, incubadora, etcétera) siempre y cuando no se rebase el límite establecido para la cobertura del parto o cesárea autorizado.

Solo si la madre asegurada tiene al menos 10 (diez) meses de cobertura continua al momento del parto o cesárea o es esposa o concubina de titular o titular de la póliza, los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, estarán cubiertos por padecimientos congénitos, nacimientos prematuros o complicaciones que se presenten en el nacimiento. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado, siempre y cuando el nacimiento sea notificado al **"Proveedor"** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su acontecimiento.

Se cubrirán los padecimientos congénitos para los niños nacidos fuera de la vigencia, con un límite del 40% (cuarenta por ciento) de la SA y 10 (diez) meses período de espera.

9.8 Coberturas adicionales.

9.8.1 Padecimientos preexistentes.

Es aquel padecimiento:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o
- d) Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

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

9.8.2 Pagos de complementos.

Para los efectos de la póliza, quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes iniciados en vigencias anteriores en las pólizas contratadas del seguro de gastos médicos mayores por el asegurado con otros proveedores, 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 las vigencias anteriores, contratadas por el **"Instituto"** y/o asegurado para proteger a la misma colectividad de la presente póliza.
- b) Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectuó el primer gasto y hasta agotar la SA o se termine la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero, por lo que deberá anexar finiquito y condiciones vigentes al momento de suceder el siniestro; en caso de no contar con ello, el **"Instituto"** entregara la siniestralidad correspondiente al periodo, con lo que se demostrará que se trata de un complemento.
- c) Para los efectos de este beneficio, será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en la(s) aseguradora anterior(es), ni en el cambio con el **"Proveedor"**.
- d) Las enfermedades o accidentes en caso de ser reconocidos, no serán considerados como padecimientos preexistentes.

Esta cobertura no opera para el caso de SIDA.

9.8.3 Reembolso en compra de lentes

Se cubren los gastos para la compra de lentes hasta 2.5 (dos punto cinco) UMAM a consecuencia de una enfermedad justificada médicamente, sin deducible ni coaseguro.

Se pagará la reposición de los lentes, presentando el informe médico oftalmológico o el estudio de optometría correspondiente, pagándose sólo vía reembolso, solo una vez por asegurado cada tres años (para contabilizar el tiempo se tomará en cuenta la fecha de la factura).

Esta cobertura aplicará para titulares y dependientes, para tener derecho a este beneficio, los asegurados deberán contar como mínimo con 1 (un) año de antigüedad ininterrumpido en la póliza, para que puedan beneficiarse de esta prestación.

9.8.4 Tratamiento quirúrgico para corregir la miopía y/o el astigmatismo.

Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía, epiqueratofaquia, astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea y similares, siempre y cuando el asegurado presente al menos cinco dioptrías por padecimiento en uno de los ojos, hasta \$25,000.00 (veinticinco mil pesos 00/100 M.N.), sin deducible ni coaseguro.

9.8.5 Exclusiones.

Gastos derivados de la atención de los siguientes padecimientos del ojo:

Ceguera y disminución de la agudeza visual a consecuencia de una enfermedad o accidente no cubierto por la póliza.

9.8.6 Daño psiquiátrico.

Se cubren sin aplicación de deducible ni de coaseguro, 14 (catorce) consultas por padecimiento para tratamiento psiquiátrico, la cual opera de acuerdo con las condiciones que a continuación se indican:

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio de su médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra asignado por el "Proveedor", requiera tratamiento psiquiátrico a consecuencia de:

- a) Haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.
- b) Como consecuencia de las siguientes enfermedades:
 - Cáncer (cualquier tipo en fase terminal)
 - Accidente vascular cerebral (con hemiplejías)
 - Infarto del miocardio (discapacitante)
 - Insuficiencia renal (en hemodiálisis y programa de trasplante renal)
 - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias (con secuelas discapacitantes)
- c) Presentando el acta del ministerio público, donde se establece que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - Asalto
 - Secuestro
 - Violación

9.8.7 Asalto como accidente.

Cubierto, presentando la correspondiente acta del ministerio público.

9.8.8 Aparatos auditivos.

Se cubren los gastos para la compra o reparación de aparatos auditivos hasta \$25,000.00 (veinticinco mil pesos 00/100 M.N.) a consecuencia de una enfermedad justificada médicamente, sin deducible ni coaseguro.

9.8.9 Pagos especiales.

El “**Proveedor**” deberá establecer un fondo especial, hasta por un máximo de \$1'000,000.00 (un millón de pesos 00/100 M.N.) para cada año durante la vigencia de la póliza, como parte de la prima, para el pago de siniestros especiales que no sobrepasen la cantidad de \$100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.), por padecimiento, ya sea por no estar cubierto por la póliza, por controversia en la autorización, o por cualquier otro motivo. Para su utilización será necesario que el Administrador del Contrato, realice la petición por escrito al “**Proveedor**”, quien realizará el pago correspondiente en un plazo no mayor a los siguientes 10 (diez) días naturales.

En caso de requerir un monto mayor a los \$100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.), será necesario que Administrador del Contrato, realice la petición por escrito al “**Proveedor**”.

En caso de que posteriormente, se determine que el siniestro es procedente, formará parte de la siniestralidad, y no aplicará el pago especial, devolviéndose el pago realizado al fondo establecido.

En el caso de la no procedencia del siniestro y la necesidad del “**Instituto**” de cubrir el mismo, se disminuirá del fondo establecido para cada año.

Si no se utiliza el fondo durante cada año de vigencia o período, ese mismo monto servirá para el próximo año; de utilizarse de forma parcial o total, el “**Proveedor**” reintegrará la diferencia hasta alcanzar la cantidad de \$1'000,000.00 (un millón de pesos 00/100 M.N.).

Por ser casos especiales, los eventos que en su caso afecten el fondo, no formarán parte de la siniestralidad, y dicho fondo no generará gasto alguno a cargo del “**Instituto**”.

El fondo señalado anteriormente no se trata de un fondo auto administrado; en caso de agotarse durante el ejercicio fiscal, independientemente si es en uno o varios meses, se suspenderá en ese momento el pago de siniestros relacionados a él, hasta que el “**Proveedor**” restituya el fondo correspondiente bajo las mismas condiciones en el siguiente ejercicio fiscal. En caso de no agotarse dicho fondo, no habrá devolución del mismo por parte del “**Proveedor**”.

Dicho fondo deberá ser utilizado para cubrir los siniestros y eventualidades que se presenten durante la vigencia del contrato.

9.8.10 Emergencia en el extranjero.

Si durante la vigencia de esta póliza y como resultado de un accidente o de una enfermedad cubierta sufrida en el extranjero, el asegurado requiere de un tratamiento médico de emergencia, el “**Proveedor**” cubrirá hasta el límite de la SA establecida.

Se considera emergencia médica, cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, por lo cual requiere atención médica

inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital o sanatorio, dentro de las 24 (veinticuatro) horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.

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.

El “**Proveedor**” efectuará el pago de la reclamación de acuerdo a la SA vigente para esta cobertura.

En caso en que algún asegurado se encuentre y/o programe estar fuera de la República Mexicana por un período mayor a 3 (tres) meses, deberá dar aviso por escrito de esta circunstancia al “**Proveedor**”, indicando el lugar y período estimado de tiempo. El “**Proveedor**” tendrá la obligación de elaborar el endoso correspondiente, garantizando la cobertura y beneficios.

9.8.11 Gastos cubiertos.

Se encuentran cubiertos, sin limitar, los siguientes:

1. Gastos de hospital. - Constituidos por el costo de habitación en un cuarto privado estándar, con servicio de baño y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el asegurado se encuentre hospitalizado.
3. Servicios médicos. - Visitas médicas, interconsultas, honorarios por intervención quirúrgica, ayudantes, anestesista, enfermería.
4. Servicios de enfermería fuera del hospital, cubre honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, hasta un máximo de 3 (tres) turnos por día, hasta por 45 (cuarenta y cinco) días.
5. Medicamentos suministrados y/o adquiridos para el asegurado afectado dentro o fuera del hospital, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes.
6. Los gastos inherentes a la operación, cesárea y su rehabilitación.
7. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
8. Equipo de anestesia.
9. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
10. Gastos originados por la estancia del asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.
11. 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.
12. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marca pasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.
13. Gastos de transporte de ambulancia, terrestre o aérea, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante.
14. Tratamiento de radioterapia, inhalo terapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto en este contrato.
16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.

Todos los gastos efectuados en el extranjero y cubiertos por esta póliza serán reembolsados 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.

La SA de esta cobertura será efectiva única y exclusivamente durante el período de vigencia de la póliza.

9.8.12 Reconocimiento de antigüedad.

Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, consignando ésta como la fecha de inicio de la primera póliza y/o certificado individual de gastos médicos mayores, expedido al asegurado por una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura sin exceder más de 1 (un) mes de cobertura al descubierto entre el “**Proveedor**” anterior y el nuevo, conforme a los siguientes términos:

- a) El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicha condición. Será reducción o eliminación de acuerdo al período reconocido que se haya tenido cubierto en otro proveedor.
- b) Al ingresar a la colectividad, el asegurado deberá presentar la documentación con la cual se respalda el período cubierto por otro proveedor, en un periodo no mayor a 90 (noventa) días naturales, en el caso de no entregarse a tiempo, quedará bajo su responsabilidad la aceptación por parte del “**Proveedor**”.

Para obtener los beneficios que otorga la presente póliza y opere el reconocimiento de antigüedad generado con otras compañías aseguradoras, sean pólizas de grupo o contratadas en forma individual, deberá el asegurado presentar copia de la póliza de grupo y del último recibo de pago de nómina realizado y para el caso de las individuales el recibo de pago y copia de la póliza correspondiente.

10. Exclusiones.

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.

Gastos de estudios y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos que se enumeran a continuación:

- A. Servicio de acompañantes en el traslado del asegurado en calidad de paciente, ni la gestión administrativa en hospitales nacionales o extranjeros.
- B. Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para comodidad personal.
- C. Tratamientos estéticos, de calvicie, ni cirugía para cambio de sexo.
- D. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
- E. Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos.
- F. Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud, o check-ups.
- G. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, etcétera, de los prospectos a ser donadores del asegurado.
- H. La compra o renta de zapatos ortopédicos.
- I. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales. De acuerdo a lo especificado en las condiciones póliza.
- J. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- K. Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos hijos, cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.
- L. Estrabismo del asegurado no protegido por el “**Proveedor**” a partir de su nacimiento.

- M. Por no ser reconocidos por la práctica médico-científica, o por ser tratamientos experimentales o de beneficio incierto para los asegurados, para poder rechazar el pago del padecimiento o procedimiento que se trate, el **“Proveedor”** deberá sustentar de forma técnica, científica o médica dicho rechazo, para lo anterior, la respuesta deberá ser respaldada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o por una autoridad competente en la materia.
- N. Adicionalmente, esta póliza no cubre los gastos de:
1. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura proporcionados por personas sin cédula profesional específica para realizar dichos tratamientos.
 2. Tratamientos experimentales o de investigación.
 3. Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías,
 4. Trastornos de la conducta, del aprendizaje, lenguaje o audición, aún a consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertos,
 5. Enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis.
 6. Estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos, con excepción de lo marcado en el endoso de tratamientos psiquiátricos cubiertos.
- O. Por considerar que el asegurado voluntariamente agravó el riesgo y sus consecuencias, esta póliza no cubre los gastos de:
1. Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del asegurado.
 2. Padecimientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
 3. Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado.
 4. Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
 5. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
 6. Padecimientos resultantes de la participación del asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
 7. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.

11. Límites de edad.

1. No se aplicará ningún límite de edad de aceptación para titulares y cónyuges.
2. Los hijos dependientes económicos quedarán asegurados desde el nacimiento hasta los 25 (veinticinco) años y de los 26 (veintiséis) a los 30 (treinta) años quedarán asegurados con prima a cargo del asegurado titular. Para ambos casos, la cobertura se cancelará automáticamente al siguiente aniversario del inicio de vigencia de la presente póliza, en que los hijos cumplan la edad máxima de aseguramiento.
3. Para los ascendientes del asegurado titular, la edad máxima de aceptación es de 79 (setenta y nueve) años, y sin límite de edad en caso de renovación, la prima será a cargo del asegurado titular.
4. Podrá considerarse el alta de ascendientes mayores de 79 (setenta y nueve) años, si provienen de otra póliza anterior con un periodo máximo de 30 (treinta) días naturales al descubierto.

Para comprobar la edad del asegurado, el **“Proveedor”** podrá solicitarle en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que el **“Proveedor”** 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. El **“Proveedor”** reintegrará el 75% (setenta por ciento) de 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 el **“Proveedor”** 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, el **"Proveedor"** estará obligada a rembolsar el 75% (setenta por ciento) de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad.

12. Primas.

La prima de los asegurados titulares, cónyuges y/o hijos se determinará de acuerdo a las tablas que para tal efecto sean establecidas de acuerdo al nivel tabular del servidor público.

La prima correspondiente al titular, cónyuge o concubina o concubino e hijos hasta los 25 (veinticinco) años quedará a cargo del **"Instituto"**, el pago correspondiente a sus ascendientes e hijos de 26 (veintiséis) a los 30 (treinta) años, quedará a cargo del asegurado titular.

Las primas para incrementar la SA (potenciación) correspondientes a los asegurados titulares y/o cónyuge y/o hijos dependientes económicos y/o ascendientes contratadas por el asegurado titular de manera voluntaria, se determinarán de acuerdo al monto de SA elegida por éste; dichas primas serán cubiertas por el asegurado titular mediante cargo a su salario a través del sistema de nómina del **"Instituto"**, quien efectuará el pago de forma mensual, sin recargo por pago fraccionado.

13. Pago de reclamaciones.

El **"Proveedor"** 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 atención y/o tratamiento y/o recuperación del asegurado, así como los gastos de internación efectuados en hospitales debidamente autorizados.

No se hará por parte del **"Proveedor"** 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.

El reembolso de reclamaciones tramitadas en la Ciudad de México y su área metropolitana será liquidado en el curso de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la fecha en que el **"Proveedor"** reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar su procedencia.

Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el interior de la República, el plazo máximo no excederá de 10 (diez) días naturales.

En toda reclamación, el asegurado deberá comprobar al **"Proveedor"** la ocurrencia del siniestro, presentando al **"Proveedor"** 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 notas, 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, el **"Proveedor"** quedará liberado de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El **"Proveedor"** 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 del **"Instituto"** y/o asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará al **"Proveedor"** de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

14. Sistemas de pago de indemnizaciones.

Los sistemas de pago previstos en el seguro son:

14.1 Pago directo.

El sistema de pago directo considerado en esta póliza opera, de conformidad con los términos estipulados en las definiciones de la misma, siempre que el asegurado titular, cónyuge o concubina(rio) y/o hijo dependiente económico y/o ascendiente requiera atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la red médica, en los casos que se indican a continuación:

i. Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos.

Trámite. - La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que el **"Proveedor"** 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 y al médico tratante.

ii. Reporte en el hospital.

- Trámite. - El beneficio de reporte en el hospital se otorgará si el asegurado al momento de ingresar al hospital de la red médica presenta en la admisión su tarjeta de identificación o certificado individual en original o copia y su estancia es mayor a 24 (veinticuatro) 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.

Para confirmar la procedencia del reporte en el hospital y/o del médico tratante, el **"Proveedor"** 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.

El **"Proveedor"** podrá nombrar un médico para verificar en el hospital en el que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del asegurado.

- Aplicación del deducible y coaseguro. - En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad, con hospitales y médicos de la red médica, el asegurado, no tendrá obligación de pago alguno, salvo los deducibles establecidos, gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

Cuando el médico tratante y/o el hospital no formen parte de la red médica, el asegurado tendrá la obligación del pago del deducible y del coaseguro sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital, según sea el caso, 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.

14.2 Reembolso.

En caso de que no llegaran a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos de la red médica por el asegurado titular, cónyuge o concubina(rio) y/o hijo dependiente económico y/o ascendiente, 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 establecido en las condiciones de la póliza, aplicando además, el deducible y coaseguro indicados en la carátula y/o endosos.

- Trámite. - En caso de que la reclamación procediera a través del sistema de reembolso, el asegurado deberá comprobar al **"Proveedor"** 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 requisitado y firmado.
2. Formato de declaración del médico tratante debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Formato de reembolso.
4. Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho, a nombre del asegurado titular o asegurado mayor de edad.
5. Los comprobantes o tickets que satisfagan los requisitos fiscales de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados.
6. 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.

7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etcétera, será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
 8. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.
- Aplicación del deducible y coaseguro. - En toda reclamación inicial 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 del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él de acuerdo a la aplicación de deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la carátula y/o endosos de la presente póliza.

14.3 Pago mixto.

El sistema de pago mixto se refiere a aquél en que parte de los gastos generados por el asegurado titular, cónyuge o concubina(rio) y/o hijo dependiente económico y/o ascendiente, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, el “**Proveedor**” los liquida directamente al prestador del servicio, y otra parte es liquidada por el propio asegurado, que pagará al “**Proveedor**” mediante el sistema de reembolso, con sujeción a los términos estipulados en la póliza.

14.4 Pago complementario.

El sistema de pago complementario se refiere a aquél en que, independientemente del sistema de pago con el cual se hubiera iniciado una reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, los gastos generados y liquidados por el asegurado antes o después de la atención médica y/o quirúrgica autorizada por el “**Proveedor**”, se reembolsan con sujeción a los términos estipulados en la presente póliza y de conformidad con el sistema de pago que le dio origen.

14.5 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, si la atención médica se realiza dentro de los primeros 90 (noventa) días de ocurrido el mismo.
- 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 por dicha emergencia, se eliminará el coaseguro y deducible de los gastos derivados de la emergencia, en caso de que la reclamación sea procedente.

- Cuantía del reembolso. - La cantidad que el “**Proveedor**” 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 pactados en la presente póliza y/o endosos de la misma.
 - 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, el “**Proveedor**” pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.

14.6 Anticipo de cirugía.

Aplica en caso de no utilizar hospitales de convenio mediante la presentación de un informe médico con el presupuesto de hospitalización y honorarios médicos para enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza. Podrá efectuarse un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) sobre el costo dispuesto en el tabulador correspondiente, de conformidad con el padecimiento respectivo, de los gastos en los que se pudiera incurrir con la obligación de entregar la documentación original en un plazo de 10 (diez) días hábiles siguientes a la fecha de alta en el hospital y se pagará la diferencia que exista, en su caso, de acuerdo al límite de SA contratada.

Esta condición aplica en caso de que el “**Proveedor**” no cuente en el lugar del siniestro con hospitales ni médicos de red, adicionalmente y en casos necesarios, debido a urgencias que pongan en peligro la integridad física, aplicará este anticipo previa autorización del área encargada de la póliza.

14.7 Otros.

En los casos en que en una misma intervención quirúrgica se traten dos o más operaciones procedentes en una misma región corporal, el “**Proveedor**” pagará el importe de las procedentes, sin importar el número.

Si el cirujano practica en la misma sesión quirúrgica, otra intervención diferente a la principal en una región corporal distinta, en el caso de ser indispensable, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 100% (cien por ciento) de acuerdo a la tabla de honorarios quirúrgicos.

En los casos en que en una misma intervención quirúrgica se traten dos 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 honorarios médicos.
Anestesiólogo, ayudante, etcétera, de acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios médicos.
- Hospital: Se pagará el 60% (sesenta por ciento) de la factura total.

Una vez recibido todos los documentos, datos e informes que permitan al “**Proveedor**” dictaminar si procede una indemnización, el “**Proveedor**” pagará al asegurado titular o a la persona designada por éste en un plazo no mayor de 10 (diez) días naturales contados a partir de la fecha de recepción de documentos.

El “**Proveedor**” sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes.

14.8 Régimen fiscal.

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al asegurado o a sus beneficiarios, cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

15. Reinstalación automática de SA.

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la SA, ésta se reinstalará, sin costo, hasta por otro tanto igual para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

16. Otros seguros.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros con el “**Proveedor**” 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 otro proveedor 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.

17. Indemnización por mora.

En el caso de que el “**Proveedor**”, 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 del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligado 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.

18. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro, tratándose de la cobertura de fallecimiento, prescribirán en 5 (cinco) años, en tanto que, en los demás casos, prescribirán en 2 (dos) años. En ambos casos, los plazos serán 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 el “**Instituto**” haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos de los artículos 65 y 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 y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), 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 solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones del “**Proveedor**”, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

19. 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.

20. Régimen de la póliza.

Se hace constar expresamente que esta póliza resulta de las negociaciones efectuadas entre el **"Instituto"** y el **"Proveedor"**.

21. Rectificación de la póliza.

En cumplimiento de las disposiciones del 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 (30) días que sigan al día en que se reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones"*.

22. Cláusula de errores u omisiones.

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del asegurado, la intención de esta cláusula es la de proteger en todo momento, por lo tanto, el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

23. Avisos y notificaciones.

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse al **"Proveedor"**, por escrito, en su domicilio fiscal.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas llegará a ser diferente de la indicada en el párrafo anterior, el **"Proveedor"** deberá comunicar al asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que se envíen al **"Proveedor"** y para cualquiera otro efecto legal.

Los que el asegurado haga al **"Instituto"** o al **"Proveedor"**, los dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

24. Terminación del contrato.

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

- a) Por caso fortuito o fuerza mayor.
- b) Cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados.
- c) Cuando el **"Instituto"** justifique, a través del Administrador del Contrato mediante dictamen, que la continuidad del contrato contraviene los intereses del **"Instituto"**.
- d) En caso de cancelación anticipada, el **"Proveedor"** devolverá las primas no devengadas por el período que corresponda.

25. Cláusula de no adhesión.

Se hace constar que los términos y condiciones establecidos en esta póliza fueron acordados y fijados libremente entre el “**Instituto**” y el “**Proveedor**”, por lo que éste no es un contrato de adhesión y, por lo tanto, no se ubica en el supuesto previsto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En esa virtud, se estará a lo dispuesto por el artículo 210 de la citada Ley.

Esta póliza resulta de las necesidades del “**Instituto**”, y el “**Proveedor**” la acepta de conformidad con lo dispuesto en los artículos 200, 201, 202 y 210 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

26. Oficinas de servicio.

El “**Proveedor**” prestará el servicio, durante la vigencia del contrato, en sus oficinas.

27. Asignación de personal.

El “**Proveedor**” se obliga a asignar un total de 5 (cinco) personas, 2 (dos) de ellas como ejecutivos de cuenta con experiencia comprobable mínima de 1 (un) año con seguros similares para la atención y servicio de la cuenta, quienes deberán estar disponibles los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, las 24 (veinticuatro) horas del día a través de los siguientes medios: correo electrónico, teléfono celular o radio y de oficina, y deberá presentarse al menos 2 (dos) veces a la semana en el área de personal en el horario oficial del “**Instituto**”, y las 3 (tres) personas restantes dentro de las oficinas del “**Proveedor**” para que operen la póliza en cuanto a tramites de: altas, bajas, endosos y siniestros.

El “**Proveedor**” designa a las siguientes personas, a las cuales se deben reportar los siniestros, así como plazos de respuesta de la reclamación:

Nombre: Rosario Colin Salazar.
Domicilio: Avenida San Lorenzo, número 712, esquina Amores, Colonia del Valle.
Teléfono: 52-27-39-99 extensión: 4146.
Celular: [REDACTED]
Correo electrónico: rosario.colin@gnp.com.mx.

Nombre: Jaime Rafael Guerra Garcia
Domicilio: Avenida San Lorenzo, número 712, esquina Amores, Colonia del Valle.
Teléfono: 52-27-39-99 extensión: 4136.
Celular: [REDACTED]
Correo electrónico: jaime.guerra@gnp.com.mx.

Nombre: Francisco Paulino Berea Muñoz.
Domicilio: Avenida San Lorenzo, número 712, esquina Amores, Colonia del Valle.
Teléfono: 54-88-57-27.
Celular: [REDACTED]
Correo electrónico: francisco.berea@gnp.com.mx.

Nombre: Marco Antonio Leyva Olmedo.
Domicilio: Avenida San Lorenzo, número 712, esquina Amores, Colonia del Valle.
Teléfono: 54-88-57-00 extensión: 4136.
Celular: [REDACTED]
Correo electrónico: marco.leyva@gnp.com.mx.

Nombre: Susana Mendoza Barrera.
Domicilio: Cerro de las Torres número 395, Colonia Campestre Churubusco.

(1) 2c adlnur qocnueup cou jo feleura couebouhureis
El bitácora qocnueup coueue jufouurequ coufueuref' bou jo dne ze eueje eu kaxgu buplice

Teléfono: 52-23-39-99 extensión: 3687.
Correo electrónico: susana.mendoza@gnp.com.mx.

Adicionalmente se asignarán 2 (dos) módulos de servicio para la atención en trámites y reclamaciones por parte de la colectividad amparada en la póliza, dichos módulos se localizarán en las oficinas del “Instituto”, de acuerdo al siguiente cronograma de actividades:

a) Oficinas centrales.

Áreas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Periférico Sur 4124, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, código postal 01900, Ciudad de México; para este caso no hay modulo, únicamente el “Proveedor” acudirá al piso sexto para la entrega y recepción de documentos o reuniones de trabajo.		9:00 a 18:00 horas		9:00 a 18:00 horas	
Viaducto Tlalpan número 100, edificio D, planta baja, Colonia Arenal Tepepan, Alcaldía Tlalpan, código postal 14610, Ciudad de México.	9:00 a 18:00 horas		9:00 a 18:00 horas		
Insurgentes Sur número 1561, mezzanine, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, código postal 03900, Ciudad de México.					9:00 a 18:00 horas

El “Proveedor” deberá ubicar la red de módulos hospitalarios, dentro del hospital.

b) Funciones a realizar:

- Cotización de seguros de gastos médicos para nuevas altas
- Trámites de emisión de póliza y credenciales
- Trámites de emisión de movimientos (endosos a, b y d) en la póliza
- Trámites de cartas cobertura cuando se requiera
- Trámites de reexpedición de pólizas y endosos con errores
- Trámites de duplicados de pólizas y recibos cuando se solicite
- Trámites de notas de crédito

Siniestros.

- Proporcionar el número de siniestro
- Aceptación o rechazo de pagos especiales
- Revisión de documentación para solicitar complemento de documentación o dar carta rechazo
- Programación de cirugías
- Entrega del finiquito del siniestro
- Pagos de reembolsos
- Reportes de siniestralidad

Estos módulos generarán un reporte mensual de los trámites y siniestros atendidos en el periodo en formato Excel, mismo que se enviará vía correo electrónico a la dirección javier.aguilar@ine.mx.

En la medida de lo posible, se deberá reducir al mínimo la rotación o cambios frecuentes de los ejecutivos asignados para atender al “Instituto”, a efecto de eficientar la administración de la póliza.

28. Asistencia técnica.

El “Proveedor” deberá garantizar en todo momento el servicio y atención de la póliza.

El “**Proveedor**” deberá proporcionar mejoras a la póliza de seguro, siempre y cuando sea un beneficio adicional para el asegurado, debiendo de manifestarlo por escrito de forma independiente a lo solicitado.

El “**Proveedor**” atenderá durante la vigencia del contrato a sus mecanismos para brindar una atención y servicio personalizado, continuo y exclusivo (no generalizado), mediante sus estructuras de atención y servicio y/o conductos de servicios y/o de outsourcing y/o de reaseguro y/o de representantes de sus oficinas de representación.

29. Médicos coordinadores.

El “**Instituto**” tendrá el derecho de solicitar el cambio de médico dictaminador que no esté proporcionando el servicio óptimo.

30. Población.

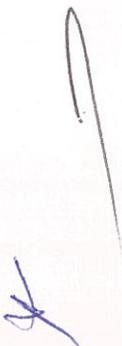
La relación del personal a asegurar, se entregará al “**Proveedor**”, por cualquier medio electrónico, y deberá firmar el aviso de privacidad que al efecto le proporcionará el Administrador del Contrato.

31. Pólizas individuales para ex servidores públicos.

Remitirse al numeral 7 **Derecho de conversión** del presente “**Anexo Único**”.



SIN TEXTO



Estándares de servicio

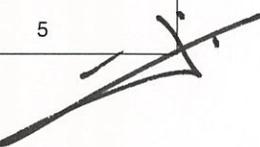
Seguro colectivo de gastos médicos mayores para el personal de mando medio, superior y homólogos.

Estándares de servicio (días hábiles)

Número	Trámite	Tiempo de respuesta máximo días hábiles
1	Cotización de seguros de gastos médicos para nuevas altas	2
2	Emisión de póliza y credenciales	10
3	Emisión de movimientos (endosos A, B y D) en la póliza	7
4	Cartas cobertura cuando se requiera	2
5	Reexpedición de pólizas y endosos con errores	7
6	Duplicado de pólizas y recibos cuando se solicite	5
7	Entrega de notas de crédito o aplicación de transferencia bancaria	3
8	Reunión de trabajo con ejecutivos (Gerente o Director) del "Proveedor".	2
9	Reuniones de trabajo con ejecutivos de cuenta del "Proveedor".	2

Número	Siniestros	Tiempo de respuesta máximo días hábiles
1	Proporcionar el número de siniestro	3
2	Tiempos de aceptación o rechazo de pagos especiales	10
3	Tiempo de revisión de documentación para solicitar complemento de documentación o dar carta rechazo	5
4	Cartas de programación de cirugías	5
5	Tiempo de entrega del finiquito y/o reembolso del siniestro	7
6	Reportes de siniestralidad Nota: El reporte deberá ser enviado de conformidad con lo señalado en el numeral 20 de la tabla de coberturas especiales indicada en el numeral 5 del presente "Anexo Único".	Mensual dentro de los primeros 15 (quince) días naturales del siguiente mes
7	Será motivo de incumplimiento por parte del "Proveedor", el hecho de que en la elección del médico tratante, que realice el asegurado, no lo quiera atender por causas atribuibles entre dicho médico de la red y el "Proveedor".	5

SIN TEXTO




APÉNDICE 1

Analfítico de prima anual incluyendo derechos de póliza sin I.V.A. 2019

Conceptos		Titulares			Cónyuge			Hijos dependientes hasta los 25 años			Prima total por nivel
Nivel	UMAM	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Prima total por nivel
7	295	12	\$7,986.25	\$95,835.00	7	\$14,356.34	\$100,494.38	18	\$2,972.16	\$53,498.88	\$249,828.26
8	259	15	\$7,888.49	\$118,327.35	15	\$14,176.59	\$212,648.85	23	\$2,918.55	\$67,126.65	\$398,102.85
9	222	32	\$7,752.89	\$248,092.48	24	\$13,924.32	\$334,183.68	41	\$2,716.73	\$111,385.93	\$693,662.09
10	185	345	\$7,551.05	\$2,605,112.25	265	\$13,552.20	\$3,591,333.00	457	\$2,429.76	\$1,110,400.32	\$7,306,845.57
11	148	1,722	\$7,346.09	\$12,649,966.98	1,039	\$13,180.08	\$13,694,103.12	1,785	\$1,676.07	\$2,991,784.95	\$29,335,855.05
12	111	1,032	\$7,074.88	\$7,301,276.16	436	\$12,678.67	\$5,527,900.12	788	\$1,606.69	\$1,266,071.72	\$4,095,248.00
Suma total		3,158		\$23,018,610.22	1,786		\$23,460,663.15	3,112		\$5,600,268.45	\$52,079,541.82

* Las tarifas que se presentan en estos apartados son correspondientes al periodo de las 00:00 horas del 1 de abril a las 24:00 horas del 31 de diciembre del 2019 sin incluir el Impuesto al Valor Agregado.

Nivel	UMAM	Ascendientes hasta 70			Ascendientes de 71 a 75			Ascendientes de 76 años de edad en adelante			Hijos de 26 a 30 años			Prima total por nivel
		Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	
7	295	0	\$30,120.11	\$45,690.27	1	\$45,690.27	\$45,690.27	0	\$8,071.28	\$ -	0	\$3,573.28	\$ -	\$45,690.27
8	259	2	\$29,743.79	\$45,119.89	3	\$45,119.89	\$135,359.67	1	\$5,872.19	\$75,872.19	4	\$3,508.85	\$14,035.40	\$284,754.84
9	222	0	\$29,208.72	\$44,308.54	1	\$44,308.54	\$44,308.54	8	\$75,725.25	\$605,802.00	10	\$3,266.22	\$32,662.20	\$682,772.74
10	185	11	\$28,426.68	\$312,693.48	16	\$3,114.86	\$689,837.76	20	\$3,673.11	\$1,473,462.20	86	\$2,921.15	\$251,218.90	\$2,727,212.34
11	148	64	\$27,644.63	\$1,769,256.32	30	\$41,921.19	\$1,257,635.70	37	\$71,638.57	\$2,650,627.09	311	\$2,015.09	\$626,692.99	\$6,304,212.10
12	111	29	\$26,580.40	\$770,831.60	7	\$40,315.99	\$282,211.93	5	\$68,880.91	\$344,404.55	49	\$1,931.60	\$94,648.40	\$1,492,096.48
Suma total		106		\$2,912,268.98	58		\$2,455,043.87	71		\$5,150,168.03	460		\$1,019,257.89	\$11,536,738.77

* Las tarifas que se presentan en estos apartados son correspondientes al periodo de las 00:00 horas del 1 de abril a las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2019 sin incluir el Impuesto al Valor Agregado.

Notas.

1. El costo de los ascendientes deberá ser en tres grupos de edad: hasta 70 años, de 71 a 75 y de 76 en adelante.
2. El costo de los hijos de 26 a 30 años será igual al costo presentado para los hijos dependientes con edad hasta los 25 años.

Notas.

1. El costo de los ascendientes deberá ser en tres grupos de edad: hasta 70 años, de 71 a 75 y de 76 en adelante.
2. El costo de los hijos de 26 a 30 años será igual al costo presentado para los hijos dependientes con edad hasta los 25 años.

Costos por asegurado		Suma asegurada alcanzada en UMAM												Sin limite
Nivel	UMAM	148	185	222	259	295	333	444	592	740	1000	UMAM	UMAM	UMAM
7	295						Prima por persona						\$778.31	\$1,052.79
8	259					\$47.81	\$179.40	\$239.57	\$294.89	\$343.23	\$369.01	\$842.23	\$1,139.80	
9	222				\$40.29	\$52.64	\$210.56	\$281.46	\$346.45	\$403.93	\$843.31	\$1,140.87		
10	185			\$44.05	\$78.96	\$103.67	\$241.71	\$323.36	\$398.56	\$457.10	\$978.12	\$1,322.43		
11	148		\$45.12	\$97.22	\$132.14	\$157.39	\$295.43	\$376.53	\$452.27	\$509.20	\$1,118.31	\$1,512.58		
12	111	\$60.16	\$115.48	\$166.51	\$203.04	\$227.74	\$365.79	\$446.90	\$522.64	\$579.57	\$1,305.78	\$1,765.03		

* Las tarifas que se presentan en estos apartados son mensuales, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, esto con base en la forma de pago que se solicita para estos planes de contratación voluntaria.

Notas.

1. La suma asegurada elegida aplicará para el titular y todos sus dependientes económicos.
2. El "Proveedor" deberá presentar sus tarifas de potenciación por mes para cada nivel solicitado y deberán guardar la misma proporción que las primas de la cobertura Básica, ya que se trata de un Beneficio adicional, a cargo del servidor público, en el caso de que las primas ofertadas de esta potenciación sean desproporcionadas será motivo de Evaluación y se podrá descalificar al licitante por esta razón.

Análisis de prima anual incluyendo derechos de póliza sin I.V.A. 2021

Conceptos		Titulares			Cónyuge			Hijos dependientes hasta los 25 años			Prima total por nivel	
Nivel	UMAM	Número de asegurados	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Número de asegurados	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Prima total por nivel	
7	295	12	\$13,534.58	7	\$24,330.19	18	\$170,311.33	18	\$5,037.03	\$90,666.54	\$423,392.83	
8	259	15	\$13,368.90	15	\$24,025.56	23	\$360,383.40	23	\$4,946.17	\$113,761.91	\$674,678.81	
9	222	32	\$13,139.09	24	\$23,598.02	41	\$566,352.48	41	\$4,604.14	\$188,769.74	\$1,175,573.10	
10	185	345	\$12,797.03	265	\$22,967.37	457	\$6,086,353.05	457	\$4,117.81	\$1,881,839.17	\$12,383,167.57	
11	148	1,722	\$12,449.67	1,039	\$22,336.73	1,785	\$23,207,862.47	1,785	\$2,840.49	\$5,070,274.65	\$49,716,468.86	
12	111	1,032	\$11,990.04	436	\$21,486.99	788	\$9,368,327.64	788	\$2,722.92	\$2,145,660.96	\$23,887,709.88	
Suma total		3,158	\$39,010,427.71	1,786	\$39,759,590.37	3,112		3,112		\$9,490,972.97	\$88,260,991.05	

Nivel	Ascendientes hasta 70			Ascendientes de 71 a 75 años			Ascendientes de 76 años en adelante			Hijos de 26 a 30 años			Prima total por nivel
	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	Número de asegurados	Prima total anual por participante	Prima total anual	
7	0	\$51,045.58	\$ -	1	\$77,432.87	\$77,432.87	0	\$132,310.09	\$ -	0	\$6,055.75	\$ -	\$77,432.87
8	2	\$50,407.83	\$100,815.66	3	\$76,466.24	\$229,398.72	1	\$128,583.23	\$128,583.23	4	\$5,946.56	\$23,786.24	\$482,583.85
9	0	\$49,501.03	\$ -	1	\$75,091.21	\$75,091.21	8	\$128,334.19	\$1,026,673.52	10	\$5,535.38	\$55,353.80	\$1,157,118.53
10	11	\$48,175.67	\$529,932.37	16	\$73,068.25	\$1,169,092.00	20	\$124,856.36	\$2,497,127.20	86	\$4,950.58	\$425,749.88	\$4,621,901.45
11	64	\$46,850.32	\$2,998,420.48	30	\$71,045.29	\$2,131,358.70	37	\$121,408.36	\$4,492,109.32	311	\$3,415.04	\$1,062,077.44	\$10,683,965.94
12	29	\$45,046.72	\$1,306,354.88	7	\$68,324.91	\$478,274.37	5	\$116,734.86	\$583,674.30	49	\$3,273.55	\$160,403.95	\$2,528,707.50
Suma total	106		\$4,935,523.39	58		\$4,160,647.87	71		\$8,728,167.57	460		\$1,727,371.31	\$19,551,710.14

Notas.

1. El costo de los ascendientes deberá ser en tres grupos de edad: hasta 70 años, de 71 a 75 y de 76 en adelante. El costo de los hijos de 26 a 30 años será igual al costo presentado para los hijos dependientes con edad hasta los 25 años.

2. El costo de los hijos de 26 a 30 años será igual al costo presentado para los hijos dependientes con edad hasta los 25 años.

Suma asegurada alcanzada en UMAM												
Costos por asegurado		Prima por persona										
Nivel	UMAM	148 UMAM	185 UMAM	222 UMAM	259 UMAM	295 UMAM	333 UMAM	444 UMAM	592 UMAM	740 UMAM	1000 UMAM	Sin limite UMAM
7	295						\$202.72	\$270.71	\$333.22	\$387.84	\$879.47	\$1,189.63
8	259					\$54.02	\$217.28	\$290.12	\$357.50	\$416.97	\$951.70	\$1,287.95
9	222				\$45.53	\$59.48	\$237.93	\$318.04	\$391.48	\$456.43	\$952.92	\$1,289.16
10	185			\$49.78	\$89.22	\$117.15	\$273.13	\$365.39	\$450.36	\$516.51	\$1,105.26	\$1,494.32
11	148		\$50.98	\$109.86	\$149.32	\$177.85	\$333.83	\$425.47	\$511.06	\$575.39	\$1,263.67	\$1,709.19
12	111	\$67.98	\$130.49	\$188.15	\$229.43	\$257.34	\$413.34	\$504.99	\$590.57	\$654.90	\$1,475.51	\$1,994.45

* Las tarifas que se presentan en estos apartados son mensuales, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, esto con base en la forma de pago que se solicita para estos planes de contratación voluntaria.

Notas.

1. La suma asegurada elegida aplicará para el titular y todos sus dependientes económicos.

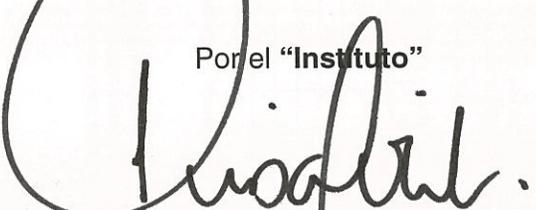
2. El "Proveedor" deberá presentar sus tarifas de potenciación por mes para cada nivel solicitado y deberán guardar la misma proporción que las primas de la cobertura Básica, ya que se trata de un beneficio adicional, a cargo del servidor público, en el caso de que las primas ofertadas de esta potenciación sean desproporcionadas será motivo de Evaluación y se podrá descalificar al licitante por esta razón.

APÉNDICE 2
Check up

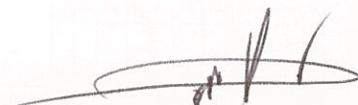
Seguro colectivo de gastos médicos mayores para el personal de mando medio, superior y homólogos.	
Para hombres	Para mujeres
Historia clínica	
Biometría hemática Coproparasitoscópico (1 muestra) Examen general de orina Grupo sanguíneo y Rh Perfil de lípidos: (lípidos totales, triglicéridos, lipoproteína de alta densidad, de baja densidad, y de muy baja densidad) Perfil Tiroideo (T3 y T4): T3 total, tiroxina (T4) T4 libre, T3 libre, hormona estimulante tiroides (TSH) Prueba de VIH Química Sanguínea 18 elementos: (Glucosa, nitrógeno ureico (bun), creatinina, ácido úrico, proteínas totales, albúmina, calcio, fósforo, sodio, potasio, cloro, bilirrubinas (total directa e indirecta), fosfatasa alcalina total, transaminasa SGPT, transaminasa SGOT, deshidrogenasa láctica y colesterol, VDRL Antígeno prostático	Biometría hemática Coproparasitoscópico (1 muestra) Examen general de orina Grupo sanguíneo y Rh Perfil de lípidos: (lípidos totales, triglicéridos, lipoproteína de alta densidad, de baja densidad, y de muy baja densidad) Perfil Tiroideo (T3 y T4): T3 total, tiroxina (T4) T4 libre, T3 libre, hormona estimulante tiroides (TSH) Prueba de VIH Química Sanguínea 18 elementos: (Glucosa, nitrógeno ureico (bun), creatinina, ácido úrico, proteínas totales, albúmina, calcio, fósforo, sodio, potasio, cloro, bilirrubinas (total directa e indirecta), fosfatasa alcalina total, transaminasa SGPT, transaminasa SGOT, deshidrogenasa láctica y colesterol, VDRL Papanicolau
IMAGENOLOGÍA	IMAGENOLOGÍA
Rx de tórax PA y lateral Ultrasonido de abdomen	Rx de tórax PA y lateral Ultrasonido de abdomen Mastografía Densitometría de 1 región
FISIOLOGÍA MÉDICA	FISIOLOGÍA MÉDICA
Electrocardiograma Prueba de esfuerzo	Electrocardiograma Prueba de esfuerzo
Espirometría	Espirometría
Valoración oftalmológica Valoración odontológica Valoración nutricional	Valoración oftalmológica Valoración odontológica Valoración nutricional

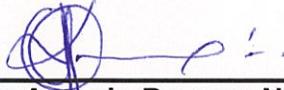
Será el área de Personal, quien enviará la solicitud de Check up al "Proveedor" previa solicitud de los asegurados que cuentan con este beneficio.

Por el "Instituto"


 Licenciado Julián Pulido Gómez
 Director de Personal
 Administrador del Contrato

Por el "Proveedor"


 C. Dante González Rico
 Apoderado Legal



Licenciado Antonio Bezares Navarro
Subdirector de Relaciones y Programas
Laborales
Supervisor del Contrato

Las firmas que anteceden forman parte del “**Anexo Único**” del contrato **INE/029/2019** celebrado por el **Instituto Nacional Electoral**, y por la empresa **GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.**