**ANEXO TÉCNICO**

(Documento 1)

Programa de Aseguramiento de Gastos Médicos Mayores 2010 a cargo o bajo la responsabilidad de la

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**GASTOS MÉDICOS MAYORES**

EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES ES UN BENEFICIO QUE CUBRE A LA POBLACIÓN ASEGURADA, ASÍ COMO A SU CÓNYUGE E HIJOS, ANTE LA EVENTUALIDAD DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE REQUIERA TRATAMIENTO MÉDICO, CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN, CUALQUIERA QUE FUERE LA CAUSA.

LA SUMA ASEGURADA BÁSICA PUEDE VOLUNTARIAMENTE SER AMPLIADA A RANGOS SUPERIORES HASTA 1’250,000.00 MN MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA POR PARTE DE LA POBLACIÓN ASEGURADA.

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN**

**PÓLIZA:** SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

**CONTRATANTE:** UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**ASEGURADOS:**

1. Personal de tiempo completo y medio tiempo contratado por tiempo indeterminado.
2. Personal de tiempo completo y medio tiempo contratado por tiempo determinado (temporal), con una antigüedad de al menos tres años cumplidos.
3. Los cónyuges - esposo(a) o compañero(a) - e hijos hasta de 25 años de edad.

**ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS**: REPORTE QUINCENAL DE ALTAS Y BAJAS CON COBRO DE PRIMA A PRORRATA.

**SUMA ASEGURADA BÁSICA:** $500,000.00 M.N.

**EMERGENCIA EN EXTRANJERO:** $50,000.00 DLLS. AMERICANOS

**VIGENCIA:** DE LAS 12:00 HRS DEL 30/04/2010 A LAS 12: HRS. DEL 30/04/2014, HORA LOCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**MONEDA:** NACIONAL

**HONORARIOS MÉDICOS:** DE ACUERDO AL TABULADOR DE HONORARIOS.

**FORMA DE PAGO:** MENSUAL (SIN RECARGO FRACCIONADO).

**PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS AMPARADOS**

**ANESTESISTA:** 30%

**1ER. Y 2DO. ASISTENTE**: 20% Y 10% RESPECTIVAMENTE

**ENFERMERA:** MÁXIMO 30 DÍAS

**CONSULTAS MÉDICAS:** POST-OPERATORIAS

**HABITACIÓN:** SENCILLA

**RENTA DE EQUIPO HOSPITALARIO:** SI

**MEDICAMENTOS:** SI

**AMBULANCIA:** TERRESTRE

**TERAPIA INTENSIVA:** SI

**APARATOS – PRÓTESIS:** SOLO EN CASO DE ACCIDENTE

**COBERTURA EN EL EXTRANJERO: NO**

**EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO:** SI

SUMA ASEGURADA $50,000.00 USD

DEDUCIBLE EN EL EXTRANJERO 50 DÓLARES

COASEGURO EN EL EXTRANJERO 0.0 %

**DEDUCIBLE NACIONAL:** SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO

**COASEGURO NACIONAL:** SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO

**GASTOS MÉDICOS MENORES:** NO ESTÁ CUBIERTO

**BENEFICIOS ESPECIALES**

**PARTO NORMAL: $20,000.00** M.N. SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO.

**COMPLICACIONES EN EMBARAZO:** CUBIERTO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA**.**

**PADECIMIENTOS CONGÉNITOS:** AMPARADO, SIEMPRE QUE LOS GASTOS SE HAYAN ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**CESÁREA: $20,000.00** M.N.SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO.

**CIRUGÍA NARIZ:** AMPARADA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIAGNÓSTICADA POR EL MÉDICO TRATANTE, NO INCLUYE CIRUGÍA ESTETÍCA, EXCEPTO POR ACCIDENTE.

**CIRCUNCISIÓN:** AMPARADA A PARTIR DEL 3er AÑO, CON RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

**DEPORTES PELIGROSOS:** NO ESTÁN CUBIERTOS NINGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

**SIDA:** AMPARADO 5 AÑOS DE ESPERA CON RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

**ANTIGÜEDAD Y PREEXISTENCIA:** SI

**PADECIMIENTOS SIN PERIODO DE ESPERA:** SI

**TIEMPO DE PAGO DE PADECIMIENTOS:** ILIMITADO HASTA AGOTAMIENTO DE SUMA ASEGURADA O LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

|  |
| --- |
| **APLICACIÓN DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS** |
| **HOSPITAL** | **TIPO DESERVICIO** | **DEDUCIBLE** | **COASEGURO** |
|   |   |   |   |
| **HOSPITALNIVEL I** | Médico de Red |  $ 1,500.00  | 10% Máximo $5,000.00 MN |
| Médico Fuera de Red |  $ 3,000.00  | 10% Máximo $5,000.00 MN |
| Accidente |  $ 800.00  | **NO APLICA** |
| Accidente de trabajo | **NO APLICA** | **NO APLICA** |
|   |   |   |   |
| **HOSPITALNIVEL II** | Médico de Red |  $ 3,000.00  | 20% Máximo $10,000 |
| Médico Fuera de Red |  $ 4,500.00  | 20% Máximo $10,000 |
| Accidente |  $ 3,000.00  | **NO APLICA** |
|   |   |   |   |
| **HOSPITALNIVEL III Y/OFUERA DE RED** | Médico de Red |  $ 6,000.00  | 30% Máximo $40,000.00 |
| Médico Fuera de Red |  $ 8,000.00  | 30% Máximo $40,000.00 |
| Accidente |  $ 6,000.00  | **10% Máximo $9,000.00** |

LA CONTABILIZACIÓN DEL COASEGURO SERÁ DESPUÉS DE APLICAR EL DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE A LOS GASTOS EFECTUADOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

ESPECIFICACIÓN PARA ADHERIRSE A/Y FORMAR PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DENOMINADA EN ADELANTE “LA COMPAÑÍA” LA CUAL ADMITE LA RESPONSABILIDAD DE ASEGURAMIENTO DE TODA LA POBLACIÓN ASEGURADA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA DONDE SE TENGA UN INTERÉS ASEGURABLE DENOMINADO EN ADELANTE “EL ASEGURADO”:

**PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

**CONTRATANTE:**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA** TODA SU POBLACIÓN ASEGURADA INCLUYENDO SUS BENEFICARIOS, ESPECIFICADOS MÁS ADELANTE. CADA UNO DE LOS ASEGURADOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA TENDRÁ LA MISMA PROTECCIÓN Y LAS MISMAS OBLIGACIONES COMO SI LA PÓLIZA HUBIERA SIDO EMITIDA EN FORMA INDIVIDUAL A CADA UNO DE ELLOS.

**TERRITORIO:**

ESTA PÓLIZA OPERA DENTRO DE LA REPÚBLICA MEXICANA CON COBERTURA ADICIONAL DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.

**VIGENCIA:**

EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTE SEGURO PRINCIPIA A LAS 12:00 HORAS DEL 30 DE ABRIL DE 2010 Y TERMINA A LAS 12:00 HORAS DEL 30 DE ABRIL DE 2014, HORA LOCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**POBLACIÓN ASEGURADA:**

1. PERSONAL DE TIEMPO COMPLETO Y MEDIO TIEMPO CONTRATADO POR TIEMPO INDETERMINADO.
2. PERSONAL DE TIEMPO COMPLETO Y MEDIO TIEMPO CONTRATADO POR TIEMPO DETERMINADO (TEMPORAL), CON UNA ANTIGÜEDAD DE TRES AÑOS CUMPLIDOS.
3. LOS CÓNYUGES – ESPOSO(A) O COMPAÑERO(A) (*PAREJAS QUE VIVAN EN UNIÓN LIBRE Y BASTARA CON QUE SE DESIGNE A LA PERSONA CON AQUEL CARÁCTER*) E HIJOS HASTA DE 25 AÑOS DE EDAD, SIEMPRE QUE NO TENGAN UN TRABAJO REMUNERADO, LOS HIJOS ESTARÁN ASEGURADOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 24 AÑOS DE EDAD, CANCELÁNDOSE AUTOMÁTICAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA 25 AÑOS DE EDAD.
4. LOS TITULARES SOLO PODRÁN INCLUIR DENTRO DE LOS ASEGURADOS A UN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A).
5. NO EXISTE LÍMITE DE EDAD PARA EL ASEGURAMIENTO DEL TITULAR.

**ASEGURADOS CUBIERTOS:**

 LA PÓLIZA DE SEGURO CUBRE A CUALQUIER PERSONA INCLUIDA EN LA POBLACIÓN ASEGURADA CUALQUIERA QUE SEA SU SEXO U OCUPACIÓN Y SIN NECESIDAD DE EXAMEN MÉDICO, A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y, POSTERIORMENTE DESDE EL DÍA QUE “LA UNIVERSIDAD” NOTIFIQUE LA ALTA CORRESPONDIENTE.

**ESPECIFICACIONES DE LAS COBERTURAS**

**COBERTURAS:**

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SE OBLIGA A CUBRIR LA TOTALIDAD DE LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA QUE SE ORIGINEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD SUFRIDOS POR CUALQUIER MIEMBRO DE LA POBLACIÓN ASEGURADA, CUALQUIERA QUE FUERE LA CAUSA Y QUE OCURRA DENTRO DE LA REPÚBLICA MEXICANA, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA, CON EXCEPCIÓN DE LAS EXCLUSIONES, QUE DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITATIVA DICHOS GASTOS COMPRENDEN:

1. HONORARIOS DE LOS MÉDICOS TRATANTES, ANESTESISTAS Y SUS AYUDANTES, HASTA LOS LÍMITES SEÑALADOS.
2. GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN, INCLUYENDO CUARTO DE HOSPITAL (*INCLUYE CAMA EXTRA PARA UN ACOMPAÑANTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN*) QUIRÓFANO, TERAPIA INTENSIVA, MEDICAMENTOS, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, TRANSFUSIONES, PROVISIÓN DE OXÍGENO, RENTA DE EQUIPO TIPO HOSPITAL, ALIMENTOS (*SOLO PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO*), Y ATENCIÓN DE ENFERMERA CON LA INTENSIDAD QUE SE REQUIERA, DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL.
3. CONSULTAS PRE Y POST OPERATORIAS, MÁS LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS (*EN EL ENTENDIDO QUE AQUELLOS QUE SE ADQUIERAN FUERA DEL HOSPITAL DEBERÁN SER ACOMPAÑADOS POR LA FACTURA DE LA FARMACIA, ADEMÁS DE SER PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES Y RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO CUBIERTO Y AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES SANATARIAS PARA SU VENTA EN TERRITORIO NACIONAL*), ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE CORRESPONDIENTE (*SE CUBRIRÁN SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UN DIAGNÓSTICO MÉDICO DEFINITIVO Y LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE ESTE CUBIERTO EN LA PÓLIZA*).
4. PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS POR ACCIDENTE.
5. GASTOS DE AMBULANCIA TERRESTRE *DENTRO DE LA REPÚBLICA MEXICANA, EN CASO ESTRICTAMENTE NECESARIO Y POR INDICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE, PARA TRASLADAR AL ASEGURADO AL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO Y/O ADECUADO*). EL TIPO DE AMBULANCIA QUE SE CUBRIRÁ SERÁ DE ACUERDO A LA GRAVEDAD Y CIRCUNSTANCIAS QUE SE PRESENTEN EN CADA CASO, INCLUYENDO AMBULANCIA DE TERAPIA INTENSIVA, TERAPIA INTERMEDIA O ESTÁNDAR SEGÚN SE REQUIERA.
6. COSTO DE CAMA EXTRA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE (*NO INCLUYE ALIMENTOS NI CUALQUIER OTRO GASTO REALIZADO POR EL ACOMPAÑANTE*).
7. COSTO DEL PAQUETE DE ADMISIÓN DE LOS HOSPITALES.

TODOS LOS GASTOS MÉDICOS MAYORES SERÁN EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES Y/O COASEGUROS CONTRATADOS, POR UNA O VARIAS ENFERMEDADES DIAGNÓSTICADAS POR UN MÉDICO CON CÉDULA PROFESIONAL Y QUE LA ENFERMEDAD, PADECIMIENTO O ACCIDENTE DE QUE SE TRATE SE ENCUENTRE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

**PARTO Y/O CESÁREA:**

MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A ESTA COBERTURA SE AMPARA EL EVENTO FINAL AL QUE SE LLEGUE POR EMBARAZO, YA SEA DE LA TITULAR, ESPOSA Ó COMPAÑERA, TRÁTESE DE PARTO NORMAL O CESÁREA HASTA POR UN MONTO MAXIMO DE $20,000.00 M.N., ESTE IMPORTE INCLUYE LOS GASTOS DE:

1. GASTOS EROGADOS POR LA ATENCIÓN INTRA-HOSPITALARIA DEL RECIÉN NACIDO SANO, LA CUAL ES INDEPENDIENTE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA. LOS GASTOS CUBIERTOS POR ESTE CONCEPTO SON: CUNERO, ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
2. CIRCUNCISIÓN PARA EL RECIÉN NACIDO SANO. LA CUAL ES INDEPENDIENTE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

SE CUBREN LOS GASTOS EROGADOS A CONSECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LA TITULAR, ESPOSA Ó COMPAÑERA, ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN Y HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA CONTRATADA, ENTRE OTRAS:

1. EMBARAZO EXTRAUTERINO
2. TOXEMIA DEL EMBARAZO
3. FIEBRE PUERPERAL
4. EMBARAZO MOLAR
5. LOS TRATAMIENTOS DERIVADOS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO EL ABORTO INVOLUNTARIO, AL IGUAL QUE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ABORTO INVOLUNTARIO.
6. EL ABORTO Ó AMENAZA DE ABORTO SE CONSIDERA UN PADECIMIENTO DIFERENTE Y POR TANTO SE SUJETA A LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE LA PÓLIZA.
7. EN CASO DE AMENAZA DE ABORTO O ABORTO NO DESEADO, PERO QUE LLEGUE A LA CONCLUSIÓN DE LA GESTACIÓN, SE CUBRIRÁ HASTA EL IMPORTE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA. ADICIONAL AL MONTO DE PARTO Y/O CESÁREA.
8. NO EXISTE LÍMITE DE EDAD.
9. NO APLICA DEDUCIBLE Y COASEGURO.

**PREEXISTENCIA:**

SE CUBRIRAN TODOS LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DE LA POBLACIÓN ASEGURADA, SIN IMPORTAR QUE HAYAN O NO PRESENTADO SÍNTOMAS, INTEGRANDO UN DIAGNOSTICO O EROGADO ALGÚN GASTO CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INCLUYENDO PADECIMIENTOS QUE SE ORIGINARON ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

TODOS LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES TENDRÁN UN SUBLÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD PARA LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DE $250,000.00 M.N, ESTE SUBLIMITE NO ES EN ADICIÓN A LA SUMA ASEGURADA BÁSICA CONTRATADA NI A LA POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

**EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO:**

MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A ESTA COBERTURA, SE REEMBOLSARÁ LOS GASTOS ORIGINADOS POR UNA EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO HASTA EL LÍMITE MÁXIMO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, O POR UN PERÍODO MÁXIMO DE 90 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL PRIMER GASTO EROGADO EFECTUADO POR EL ASEGURADO, LO QUE OCURRA PRIMERO, SEGÚN LO INDICADO EN LOS TABULADORES, MISMOS QUE HAN SIDO DETERMINADOS POR LOS ORGANISMOS ENCARGADOS DE LA SALUD, DEL PAÍS DONDE SE ATIENDA.

LA EMERGENCIA TERMINA CUANDO EL ASEGURADO SALE DE LA SITUACIÓN CRÍTICA DEL ESTADO AGUDO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD, MANTENIENDO SUS SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS ACEPTABLES QUE PERMITAN SU TRASLADO A LA REPÚBLICA MEXICANA AL HOSPITAL AL CUAL EL ASEGURADO TENGA DERECHO DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO, MOMENTO EN EL CUAL TERMINAN LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA.

NO HABRÁ LÍMITE DE EDAD PARA LAS RENOVACIONES CONTINUAS E ININTERRUMPIDAS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLA CON LA DEFINICIÓN DE GRUPO ASEGURABLE.

LA SUMA ASEGURADA DE ESTA COBERTURA ES INDEPENDIENTE A LA CONTRATADA EN CUALQUIER OTRO BENEFICIO Y SERÁ LA QUE RIJA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. EN ESTA COBERTURA APLICA DEDUCIBLE DE ACUERDO A LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DE ESTE BENEFICIO, NO APLICA COASEGURO.

EN ESTA COBERTURA PUEDE OPERAR EL BENEFICIO DE PAGO DIRECTO.

**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:**

QUEDAN FUERA DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUALQUIER GASTO POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
2. ACOMPAÑANTES EN EL TRASLADO DEL ASEGURADO CON PACIENTE, NI LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN HOSPITALES NACIONALES O EXTRANJEROS. DE LA MISMA FORMA QUEDAN EXCLUIDOS LOS GASTOS REALIZADOS POR EL ACOMPAÑANTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO, A EXCEPCIÓN DE LA CAMA EXTRA.
3. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS DE HALLUX VALGUS (JUANETES).
4. PELUQUERÍA, BARBERÍA, PEDICURISTA, ASÍ COMO EL ALQUILER DE APARATOS O SERVICIOS PARA COMODIDAD PERSONAL.
5. TRATAMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CALVICIE.
6. TRATAMIENTOS DIETÉTICOS, DE OBESIDAD Y COMPLEMENTOS VITAMÍNICOS, Y EN GENERAL DE TODAS AQUELLAS CON FINES COSMÉTICOS O DE APARIENCIA.
7. CURAS DE REPOSO, EXÁMENES MÉDICOS O ESTUDIOS DE CUALQUIER TIPO PARA COMPROBAR EL ESTADO DE SALUD, NI CHECK UP’S.
8. ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, APARATOS AUDITIVOS NI LENTES INTRAOCULARES.
9. LA COMPRA O RENTA DE ZAPATOS ORTOPÉDICOS.
10. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEORALES, GINGIVALES O MAXILOFACIALES NO INDISPENSABLES Y SUS COMPLICACIONES CUALQUIERA QUE SEA SU NATURALEZA U ORIGEN, Y PRÓTESIS DENTALES NECESARIA POR ENFERMEDAD. SÓLO SE CUBRIRÁN AQUELLOS QUE SE CONSIDEREN COMO TRATAMIENTOS INDISPENSABLES, ES DECIR, AQUELLOS QUE SEAN ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Ó ENFERMEDAD CUBIERTA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
11. TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, CONTROL NATAL, IMPOTENCIA SEXUAL, NI CUALQUIERA DE SUS COMPLICACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE SUS ORÍGENES.
12. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS PARA CORREGIR LA PRESBICIA, MIOPÍA, PRESBIOPÍA, HIPERMETROPÍA, ASTIGMATISMO O ESTRABISMO, QUERATONOMÍA RADIADA, QUERATOMILEUSIS Y EPIQUERATOFAQUIA.
13. HONORARIOS MÉDICOS CUANDO EL MÉDICO SEA FAMILIAR DIRECTO (PADRES, HERMANOS, HIJOS Y CÓNYUGE) DEL ASEGURADO O EL MISMO ASEGURADO.
14. REPOSICIÓN Y ADQUISICIÓN DE APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS EXISTENTES EN LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, SIN IMPORTAR LA NATURALEZA O CAUSA DE LA REPOSICIÓN, SALVO AQUELLOS QUE MÉDICAMENTE SEAN NECESARIOS Y QUE SE REQUIERAN A CAUSA DE UN ACCIDENTE.
15. TRATAMIENTOS PARA CORREGIR ALTERACIONES DEL SUEÑO, APNEA DE SUEÑO, RONCOPATÍAS, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, DEL APRENDIZAJE Y DEL LENGUAJE, ENAJENACIÓN MENTAL, DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, HISTERIA, NEUROSIS O PSICOSIS. TAMPOCO SE CUBRE ESTUDIOS O TRATAMIENTOS DE SUS ORÍGENES O CONSECUENCIAS.
16. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR ACUPUNTURISTAS, NATURISTAS, VEGETARIANOS Y AQUELLOS BASADOS EN HIPNOTISMO Y QUELACIONES.
17. TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.
18. PADECIMIENTOS RESULTANTES DEL INTENTO DE SUICIDIOS Y/O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AUNQUE SE HAYAN COMETIDO EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
19. PADECIMIENTOS RESULTANTES DE ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES COMETIDOS POR EL ASEGURADO, NI AQUELLOS DERIVADOS DE PELEAS EN QUE EL ASEGURADO HAYA PARTICIPADO, A EXCEPCIÓN DEL CASO EN QUE EL ASEGURADO SEA LA VÍCTIMA (EL ASEGURADO NO PARTICIPA COMO SUJETO ACTIVO EN LA COMISIÓN DE DELITOS).
20. PADECIMIENTOS RESULTANTES DEL SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, ASÍ COMO DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN.
21. PADECIMIENTOS RESULTANTES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
22. PADECIMIENTOS RESULTANTES DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS, ENTRENAMIENTOS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.
23. PADECIMIENTOS RESULTANTES DE LA PRÁCTICA DE BOX, LUCHA LIBRE O GRECO ROMANA, CHARRERÍA, TAUROMAQUIA, DEPORTES AÉREOS, ALPINISMO, PARACAIDISMO, ESPELEOLOGÍA, CACERÍA Y RAPEL AÚN CUANDO SE PRACTIQUEN DE MANEA AMATEUR U OCASIONAL.
24. 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.
25. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, TRATAMIENTOS Y PADECIMIENTOS QUE RESULTEN DEL ALCOHOLISMO Y TOXICOMANÍAS. CABE MENCIONAR QUE QUEDARÁ CUBIERTA TODA AQUELLA ATENCIÓN MÉDICA EN QUE EL ASEGURADO SEA LA VÍCTIMA, INDEPENDIENTEMENTE SI PRESENTA O NO SÍNTOMAS DE QUE HAYA INGERIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y/O PRESENTE CONSUMO DE DROGAS, SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE PRESENTANDO EL ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO, QUE EL ASEGURADO NO ES EL CAUSANTE DEL ACCIDENTE.
26. CIRUGÍAS DE NARIZ Y/O SENOS PARANASALES Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CARÁCTER ESTÉTICO, EXCEPTUANDO AQUELLAS QUE SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE (POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CARÁCTER FUNCIONAL, EXCLUYENDO LAS DE CARÁCTER ESTÉTICO) O ENFERMEDAD, PREVIA VALORACIÓN DEL MÉDICO DE LA COMPAÑÍA.
27. QUEDA EXCLUIDO EL TRATAMIENTO DE CUALQUIER PERSONA QUE SE OSTENTE COMO CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) CUANDO HAYA OCURRIDO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ALGUNA RECLAMACIÓN ANTERIOR A NOMBRE DE OTRA PERSONA CON ESA CALIDAD.
28. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES PIGMENTARIAS DE LA PIEL CONOCIDA COMO LUNARES O NEVUS.
29. PADECIMIENTOS DERIVADOS DE RADIACIONES ATÓMICAS O NUCLEARES, NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.

**QUEDARÁN CUBIERTOS TODOS AQUELLOS PADECIMIENTOS QUE NO HAYAN SIDO MENCIONADOS EN ESTE PUNTO**.

**ERRORES U OMISIONES:**

 CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIO Y CONVENIDO QUE CUALQUIER ERROR U OMISIÓN ACCIDENTAL EN LA DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA, NO PERJUDICARÁ LOS INTERESES DEL ASEGURADO, YA QUE ES INTENCIÓN DE ESTA PÓLIZA DAR PROTECCIÓN EN TODO TIEMPO, SIN EXCEDER DE LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA, POR LO TANTO, CUALQUIER ERROR U OMISIÓN ACCIDENTAL, SERÁ CORREGIDO AL SER DESCUBIERTO Y EN CASO DE QUE EL ERROR U OMISIÓN LO AMERITE, SE HARÁ EL AJUSTE CORRESPONDIENTE EN LA PRIMA.

**COBERTURA AUTOMÁTICA POR 30 DÍAS:**

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR DE FORMA AUTOMÁTICA LAS PERSONAS POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE “LA UNIVERSIDAD Y/O DE LAS CUALES SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE CONTRATADAS. Y ESTEN CONSIDERADAS DENTRO DE LA POBLACIÓN ASEGURADA.

EN CONSIDERACIÓN A LA OBLIGACIÓN QUE LA COMPAÑÍA ASUME DE MANTENER EN TODO TIEMPO SU RESPONSABILIDAD COMO QUEDÓ ASENTADO ANTERIORMENTE, EL ASEGURADO CONTRATANTE POR SU PARTE SE COMPROMETE A DAR AVISO A LA COMPAÑÍA DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE PRODUZCAN TALES ALTAS, CAMBIOS Y/O BAJAS, CON PAGO DE LA PRIMA RESPECTIVA A PRORRATA.

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO ENTRE LAS PARTES CONTRATANTES QUE ESTA COBERTURA AUTOMÁTICA NO SURTIRÁ EFECTOS, CUANDO ENTRE LAS FECHAS DE OCURRENCIA DE UN SINIESTRO Y EL MOMENTO DE ALTAS O CAMBIOS, EXISTA UN LAPSO DE MÁS DE 30 DÍAS NATURALES SIN QUE LO HAYAN DECLARADO.

**ALTAS Y BAJAS DE LA POBLACIÓN ASEGURADA:**

 QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO ENTRE EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, QUE LOS AUMENTOS Y BAJAS PARA PERSONAS OBJETO DEL SEGURO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE EFECTUARAN APLICANDO LA MISMA CUOTA A PRORRATA POR EL PERIODO AMPARADO.

**CARENCIA DE RESTRICCIONES:**

LA PRESENTE PÓLIZA NO ESTARÁ SUJETA A RESTRICCIONES POR RAZONES DE RESIDENCIA, OCUPACIÓN, VIAJES O GÉNERO DE VIDA DE LOS ASEGURADOS.

**SEPARACIÓN DE LA COLECTIVIDAD:**

EN CASO DE SEPARACIÓN DEFINITIVA DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA, LA PERSONA DE QUE SE TRATE, SIN EXAMEN MÉDICO, PODRÁ CONTINUAR PROTEGIDA BAJO LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, PASANDO A FORMAR PARTE DE LA CARTERA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, SIN INCLUIR BENEFICIO ADICIONAL ALGUNO, EMITIENDOSE POLIZA INDIVIDUAL CON O SIN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A).

PARA EJERCER ESTE DERECHO, LA PERSONA SEPARADA DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA DEBERÁ PRESENTAR SU SOLICITUD A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DENTRO DEL PLAZO DE TREINTA DÍAS NATURALES CONTADO A PARTIR DE SU SEPARACIÓN.

ESTE BENEFICIO APLICA UNICAMENTE A PENSIONADOS POR JUBILACION; POR EDAD Y TIEMPO DE SERVICIO Y CESANTIA EN EDAD AVANZADA, QUIENES A SU COSTA HARÁN EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDINTE CON LOS COSTOS ESTABLECIDOS EN ALTAS DE ASEGURADOS.

**INDEMNIZACIÓN POR MORA:**

EN CASO DE QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, NO OBSTANTE HABER RECIBIDO LOS DOCUMENTOS E INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN QUE LE HAYA SIDO PRESENTADA, NO CUMPLA CON LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LA CANTIDAD PROCEDENTE EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 71 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

**CANCELACIÓN:**

EN CASO DE QUE “LA UNIVERSIDAD” DECIDIERA CANCELAR POR BAJA DEL SEGURO CONTRATADO O ALGÚN RUBRO DEL MISMO, LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS SE HARÁ A PRORRATA DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES AL AVISO DE LA CANCELACIÓN.

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA NO PODRÁ CANCELAR LA PÓLIZA, EXCEPTO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA, EN CASO DE NO CUMPLIR CON LOS TÉRMINOS QUE MARCA EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

**POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA:**

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ACEPTA Y CONVIENE CON LA CONTRATANTE, EN INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA. POR LA POBLACIÓN ASEGURADA, HASTA POR LOS IMPORTES ABAJO SEÑALADOS.

EL TRABAJADOR A SU ELECCIÓN PODRA INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA BÁSICA A SU COSTA, PARA LO CUAL, LA CONTRATANTE SE COMPROMETE A REALIZAR LOS DESCUENTOS QUINCENALES QUE SEÑALE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, EN FUNCIÓN DEL INCREMENTO SOLICITADO POR LA POBLACIÓN ASEGURADA Y A REALIZAR EL ENTERO QUINCENAL A FAVOR DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

|  |
| --- |
| **POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA** |
| **SUMA CONTRATADA** | **POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA** |
|
| DE: |  500,000.00  |  A  |  750,000.00  |
| DE: |  500,000.00  | A |  1,000,000.00  |
| DE: |  500,000.00  | A |  1,250,000.00  |

EL INCREMENTO DE ESTA SUMA ASEGURADA ES VOLUNTARIA POR LA POBLACIÓN ASEGURADA, Y SERÁ SUFICIENTE CON EL CONSENTIMIENTO DEL TRABAJADOR PARA REALIZAR SU DESCUENTO QUINCENAL Y QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA LE EMITA EL ENDOSO CORRESPONDIENTE POR POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA.

LA POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA SOLICITADA POR LA POBLACIÓN ASEGURADA SERÁ A PARTIR DE LA SOLICITUD Y HASTA LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y/O A SOLICITUD DE LA POBLACIÓN ASEGURADA Y/O POR FALTA DE ENTERO DE LA O LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES DE LA POBLACIÓN ASEGURADA QUE CORRESPONDA.

ESTA POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA NO CUBRIRÁ PADECIMIENTOS PREEXISTENTES O ENFERMEDADES QUE SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE ATENCIÓN Y/O PAGO DE SINIESTROS, SOLO CUBRIRÁ NUEVOS PADECIMIENTOS QUE SE GENEREN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA, APLICÁNDOSE EN TODO MOMENTO LAS CONDICONES ESPECIALES CONTENIDAS EN LA PÓLIZA.

**SERVICIOS ESPECIALES HOSPITALARIOS**

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA CONTARÁ CON UNA RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE TODAS LAS ESPECIALIDADES, HOSPITALARIOS, DE LABORATORIO, DE GABINETE, FARMACIAS, ENTRE OTROS, PARA LA BUENA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA.

LA POBLACIÓN ASEGURADA PODRÁ HACER USO DE LA RED DE SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADA POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, HACIENDO USO DEL PAGO DIRECTO CON LOS PRESTADORES DE SERVICIO. EN SU DEFECTO, SE REALIZARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS MAYORES EN FORMA TRADICIONAL.

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ACEPTA Y CONVIENE CON LA CONTRATANTE, EN UTILIZAR LOS HOSPITALES MERLOS, DALINDE Y MIG COMO HOSPITALES PRINCIPALES DE LA RED DE SERVICIOS MÉDICOS, POR LO QUE LA ATENCIÓN DE CUALQUIER ASEGURADO DE LA POBLACIÓN ASEGURADA, NO REQUERIRA DE LA UTILIZACIÓN DE DEPOSITO ALGUNO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS QUE REQUIERAN UNA ESTANCIA MAYOR A 24 HORAS, IDENTIFICÁNDOSE CON SU CREDENCIAL DE ASEGURADO ADEMAS DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE PARA LOS MAYORES DE EDAD. PARA EL CASO DE LOS MENORES DE EDAD, LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LOS PADRES SERÁ SUFICIENTE.

**DIVIDENDOS:**

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EXPRESAMENTE CONVIENE CON LA CONTRATANTE EN OTORGAR UNOS DIVIDENDOS EN FUNCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LA SINIESTRALIDAD DE LA PÓLIZA, MISMOS QUE SERÁN BONIFICADOS 45 DIAS NATURALES POSTERIORES AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA MEDIANTE UNA NOTA DE CRÉDITO O UN CHEQUE NOMINATIVO A FAVOR DEL CONTRATANTE DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

LA FORMULA DE DIVIDENDOS PARA ESTA PÓLIZA SERÁ:

# B= % [ P.N.P. – (S.O. X ----%) ]

DONDE:

**B =** BONIFICACIÓN

**P.N.P.=** PRIMA NETA PAGADA

**S. O =** SINIESTROS OCURRIDOS Y PAGADOS HASTA 45 DÍAS POSTERIORES AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**PRELACIÓN:**

LAS CONDICIONES DE ESTA ESPECIFICACIÓN, TENDRÁN PRELACIÓN CUANDO SE CONTRAPONGAN CON LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

**CLÁUSULA DE NO ADHESIÓN:**

POR TRATARSE DE UN CONTRATO DE SEGURO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO LIBREMENTE ACORDADAS Y FIJADAS POR LAS PARTES, SIN SUJECIÓN A UN MODELO PREVIAMENTE ESTABLECIDO, DECLARA LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EXPRESAMENTE QUE NO SE TRATA DE UN CONTRATO DE ADHESIÓN A LOS QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 36 – B DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, POR LO TANTO, NO REQUIERE SER REGISTRADO ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.



|  |
| --- |
| **ESTÁNDARES DE SERVICIO** |
|  |  |
| **C O N C E P T O** | **TIEMPO DERESPUESTA** |
|   |  |
| EMISIÓN DE PÓLIZA Y/O CERTIFICADOS: | 7 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| EMISIÓN DE MOVIMIENTOS (ALTAS, BAJAS, MODIFICACIONES) | 10 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| REEXPEDICIÓN DE PÓLIZAS POR ERRORES | 10 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| DUPLICADO DE CREDENCIAL CUANDO SE SOLICITE | 10 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| REEMBOLSOS | 10 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| REPORTE DE SINIESTRALIDAD | MENSUAL, DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 DÍAS NATURALES DE CADA MES |
|   |  |
| PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS, TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS AMBULATORIAS | 7 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| RESPUESTA DE CASOS ESPECÍFICOS | 10 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| ENTREGA DE EXPEDIENTES | 10 DÍAS HÁBILES |
|   |  |
| ACLARACIONES | 10 DÍAS HÁBILES |
|  |  |
| ***NOTAS:*** |  |
| 1. LOS TIEMPOS DE RESPUESTA SERÁN CONTABILIZADOS A PARTIR DE QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA TENGA EN SU PODER LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL TRÁMITE.
 |
| 1. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA, EL ASEGURADO CONTRATANTE REALIZARÁ UNA PENALIZACIÓN POR CADA DÍA DE ATRASO A LA ASEGURADORA EQUIVALENTE A 5 DSMGVDF POR CADA DÍA DE ATRASO. EL IMPORTE RESULTANTE SE DESCONTARÁ DEL ENTERO DE LA PRIMA MENSUAL QUE EL ASEGURADO DEBA PAGAR A LA ASEGURADORA EN EL MES POSTERIOR A REALIZAR DICHA PENALIZACIÓN.
 |

**FONDO DE ADMINISTRACIÓN DE PÉRDIDAS:**

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EXPRESAMENTE CONVIENE CON EL ASEGURADO CONTRATANTE LA FACULTAD DE INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA A ALGÚN ASEGURADO BENEFICIARIO DE LA POBLACIÓN ASEGURADA, QUE EN CASO DE REQUERIRLO YA SEA PARA CUBRIR ALGÚN SINIESTRO EXCLUIDO, O PARA CUALQUIER CASO ESPECIAL QUE A JUICIO DEL ASEGURADO CONTRATANTE DEBERÁ CUBRIRSE, UN FONDO DE ADMINISTRACIÓN DE PÉRDIDAS POR UN IMPORTE DE $2´000,000.00 MN (DOS MILLONES DE PESOS 00/100, M.N.) QUE PODRÁ SER UTILIZADO EN FORMA PARCIAL O TOTAL HASTA SU AGOTAMIENTO Y TENDRÁ VIGENCIA ÚNICAMENTE DURANTE EL PERIODO CONTRATADO POR LA PÓLIZA DE COBERTURA BÁSICA.