

GMM

Condiciones del Seguro
de Gastos Médicos Mayores para
Familiares de los Servidores Públicos
del Poder Judicial de la Federación

Para reporte de siniestro llama al

800 201 6764

en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 hrs del día los 365 días del año.
o consulta www.serviciosmedicospjf.com



CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES	15
A. COBERTURA BÁSICA.	15
B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.	16
C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.	21
D. SERVICIOS AGREGADOS.	24
CLÁUSULAS GENERALES	30

SUBPARTIDA 1.4
FAMILIARES

CONDICIONES DEL SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS EN ACTIVO DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN CUYA PRIMA DE SEGURO SERÁ CUBIERTA EN FORMA TOTAL POR LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA QUE LO CONTRATE.

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. ASEGURADO

Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante la póliza, tendrá el carácter de Titular y en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza.

El servidor público en activo podrá asegurar a sus familiares cubriendo la prima de seguro correspondiente en su totalidad, cuyo parentesco sea hijos(as) que no sean dependientes económicos del servidor público, nietos, hermanos, sobrinos (hijos de hermanos), cuñados, abuelos, yerno, nuera y ascendientes (padres y suegros de 90 a 95 años de edad). Dicho parentesco se acreditará con actas civiles correspondientes.

El titular de las pólizas podrá ser el asegurado familiar y en caso de ser menor de edad el titular será el servidor público.

Para efectos de cálculo de primas se considerará el cambio de edad y su impacto de cambio de quinquenio en cada corte fiscal durante la bianualidad.

2. 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 póliza, y que requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. **No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

3. ENFERMEDAD CUBIERTA:

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.

4. GASTO MÉDICO MAYOR: Son los gastos erogados por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza cuando estos rebasen el importe total del deducible estipulado en la carátula de la póliza, mediante reembolso, pago directo o pago mixto.

5. ENFERMEDAD CONGÉNITA:

Es aquella que se desarrolla durante la concepción y formación del producto, y se encuentra presente desde el nacimiento.

6. EMERGENCIA MÉDICA: Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente.

Será cubierto mediante pago directo por “LA INSTITUCIÓN” siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, y derive en hospitalización de cuando menos 24 horas. En caso contrario “LA INSTITUCIÓN” hará pago de los gastos vía reembolso.

7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Es aquella alteración de 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 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 se consta que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

Se cubrirán los padecimientos preexistentes únicamente contemplados en los incisos a) y c), siempre y cuando en un período de seis meses, no haya estado bajo tratamiento médico. Deberá considerarse para el cómputo de los 6 meses, la fecha de ingreso del asegurado a la póliza del PJF.

En caso de controversia, el reclamante que solicite una reconsideración cuando le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de “La Institución”, la misma se realizará a través de un arbitraje privado en términos de la Circular Única de Seguros y Fianzas, capítulo 4.5, disposición 4.5.12, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en cuyo caso el árbitro o árbitros serán médicos certificados por el Consejo de la Especialidad por la cual se realiza la reclamación.

La cobertura de los padecimientos preexistentes estará sujeta a lo estipulado en las presentes condiciones y solo en caso de controversia el asegurado y “LA INSTITUCIÓN”, podrán realizar las gestiones correspondientes de conformidad a la legislación aplicable.

“LA INSTITUCIÓN” acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por “LA INSTITUCIÓN”.

8. PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLAS DE SINIESTROS:

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas en la póliza individual desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de **2023**, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. **Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.**

Deberán presentar carta de siniestralidad que cuente con el remanente de suma asegurada.

9. PERÍODO DE ESPERA:

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua, sin períodos al descubierto, para cada Asegurado, para que “LA INSTITUCIÓN” pueda cubrir los padecimientos establecidos con período de espera.

Con la utilización simultánea de Médicos de la Red y Hospitales en convenio los padecimientos en los que se indique la posibilidad de la eliminación del período de espera por el uso de la Red Médica, gozarán del beneficio quedando cubiertos dichos padecimientos.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el período de espera previa autorización de “LA INSTITUCIÓN”.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD:

Es la permanencia ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores, que no haya tenido períodos al descubierto mayores a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento.

11. SUMA ASEGURADA:

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene “LA INSTITUCIÓN” por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubiertos.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMAMVCDMX (Unidad de Medida de Actualización), indicado en el certificado individual de la póliza por la Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México (UMAMVCDMX) en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Las primas de seguros se cotizan en pesos por lo que la devolución de primas se realizará con la misma moneda. Ahora bien, para efectos de siniestros abiertos durante la vigencia (12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2023 a las 12:00 horas p.m. del 31 de diciembre de 2025) y suma asegurada el valor de la UMAMVCDMX será el que se encuentre vigente al momento del primer gasto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad cubierta o accidente cubierto no rebasará la suma asegurada contratada.

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

La reinstalación será por el mismo monto de suma asegurada contratada a la fecha del primer gasto.

La suma asegurada básica será de 379 UMAMVCDMX y podrá ser incrementada a las opciones de 444, 592, 740, 1000 y 1500 UMAMVCDMX.

12. DEDUCIBLE:

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubiertos, cuyo importe es de 3.5 UMAMCDMX.

13. COASEGURO:

Porcentaje especificado en el certificado individual de la póliza, a cargo del asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES con un tope máximo de \$30,000.00 M.N. por siniestro.

14. HONORARIOS MÉDICOS:

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

15. HOSPITALIZACIÓN:

Es la estancia continua en un hospital por un período mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

16. CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA:

Son aquellas cirugías que no requieren hospitalización, es decir, que el paciente ingrese y egrese en menos de 24 horas.

17. HOSPITAL, SANATORIO O CLINICA:

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos y/o accidentados.

18. CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR:

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

19. RED MÉDICA:

Se integra por los Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios Clínicos y de gabinete que prestan servicios bajo convenio para “LA INSTITUCIÓN”.

20. COORDINACIÓN MÉDICA:

Es el área dependiente de “LA INSTITUCIÓN” para otorgar los siguientes servicios:

- Información al Asegurado referente al alcance de su póliza.
- Dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento y a la prestación de los demás servicios estipulados en la póliza.

21. PAGO DIRECTO:

Sistema de pago mediante el cual “LA INSTITUCIÓN” liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido por Médicos en convenio y en Hospitales de la Red Médica.

También liquidará directamente los gastos a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante escrito o formato respectivo con firma autógrafa, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red y los servicios sean autorizados por “LA INSTITUCIÓN”, en ambos casos se requiere que el asegurado cuente con su tarjeta de identificación y/o certificado individual.

22. REEMBOLSO:

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien “LA INSTITUCIÓN” no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y, en su caso, coaseguro, de conformidad como se establece en las condiciones generales que rigen la póliza y a la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

El monto máximo susceptible de reembolso de los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza no excederá la suma Asegurada contratada por el Asegurado.

23. PAGO MIXTO:

Sistema de pago mediante el cual “LA INSTITUCIÓN” liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. CONTRATANTE:

Se constituyen como tal, las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación señaladas en la carátula de la póliza como representante legal para efectos del contrato y endosos.

25. ENDOSO:

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

26. PERÍODO DE GRACIA:

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que correspondan.

27. PERÍODO AL DESCUBIERTO:

Es el lapso posterior en el cual la prima del seguro no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

28. CERTIFICADO:

Documento expedido por “LA INSTITUCIÓN” en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre de los asegurados, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, forma de pago, suma asegurada, prima a cargo del Asegurado Titular por el período de cobertura, deducible, coaseguro y principales coberturas.

29. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN IMPRESA O DIGITAL.:

Tarjeta de cada Asegurado, expedida por “LA INSTITUCIÓN” en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. “LA INSTITUCIÓN”:

La compañía aseguradora que brindará el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS):

Es el límite de responsabilidad de “LA INSTITUCIÓN” por pago de honorarios médicos quirúrgicos de hasta 39 UMAMVCDMX y que se especifica en la carátula de la póliza de acuerdo con el sistema de pago escogido por el Asegurado. En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por tipo de procedimiento quirúrgico.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

“LA INSTITUCIÓN” protege 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 cubierta o accidente cubierto el Asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la póliza.

“LA INSTITUCIÓN” pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de la póliza, sin que exista un período máximo de cobertura, siempre y cuando el Asegurado permanezca en la colectividad Asegurada en cada renovación anual de la póliza y se siga efectuando en forma ininterrumpida, terminando la obligación de “LA INSTITUCIÓN” con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, “LA INSTITUCIÓN” pagará las reclamaciones originadas anteriormente en la póliza individual, desde el 30 de septiembre de 2005 y hasta

el 31 de diciembre de 2023, **estos complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.** El pago de dichos complementos es hasta por el monto de la suma asegurada remanente del padecimiento de que se trate.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos 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 legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, sujetos a lo establecido en la póliza y endosos que se agreguen a la misma.

“LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar el número de cédula de especialidad del médico tratante para comprobar que se encuentra relacionada con el procedimiento reclamado para que en su caso proceda la indemnización.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza son los siguientes:

1. Gastos de Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de éste, siempre que tengan relación con el tratamiento del padecimiento cubierto, prescritos por el médico tratante. Dichos medicamentos deben estar registrados y contar con la autorización para su uso, venta y comercialización, como medicamentos por la COFEPRIS en los Estados Unidos Mexicanos.

Cuando el asegurado tenga contratada la Cobertura en el Extranjero y reciba atención en el extranjero, los medicamentos deberán estar aprobados por la autoridad competente para autorizar el uso, venta y comercialización del medicamento en el País donde sea recibida la atención.

- Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos PDF y XML).
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de 39 UMAMVCDMX y de acuerdo a los porcentajes establecidos en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (I.Q.), conforme al padecimiento y tratamiento en cada caso, este porcentaje es determinado por el área médica de “LA INSTITUCIÓN”; aplicable en reembolso o pago mixto, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de las condiciones de la póliza.

En el caso de pago directo “LA INSTITUCIÓN” aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores de acuerdo a la tabla de intervenciones quirúrgicas contratada.

- 4.1 Los honorarios por consultas o visitas médicas, máximo una diaria por especialidad.
- 4.2. Los honorarios de ayudantes, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. Se cubrirán los honorarios de 1° ayudante con el 20% de lo pagado al cirujano y mediante informe médico se justifique, en su caso, la participación del 2° ayudante con el 10% y al instrumentista con el 5% de lo pagado al cirujano.
- 4.3. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por “LA INSTITUCIÓN”.
- 4.4. Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:
 - Cirujano, anesthesiólogo, ayudante e instrumentista, de conformidad a la tabla I.Q. para enfermedades o accidentes cubiertos conforme a las condiciones generales de la póliza.

- Hospital: se pagará el 60% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
- 4.5 Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 o más padecimientos cubiertos, se pagarán las reclamaciones de la siguiente manera:
- Para el primer procedimiento se tabularán los honorarios del cirujano, anestesiólogo, ayudante e instrumentista al 100% conforme a la tabla I.Q. contratada por el asegurado, y el segundo y subsecuentes procedimientos quirúrgicos se tabularán los honorarios del cirujano, anestesiólogo, ayudante e instrumentista al 50% conforme a la tabla de I.Q. contratada por el asegurado.
 - Hospital: se pagará el 100% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica.
 6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
 7. Equipo de anestesia y material médico.
 8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
 9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.
 10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos, los anteriores son enunciativos y no limitativos.

11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos el límite máximo de responsabilidad asumido por “LA INSTITUCIÓN” bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.
12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y se ponga en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos, no se requerirá de la indicación del médico tratante.

En caso de que el siniestro no esté amparado por la póliza, “LA INSTITUCIÓN” pagará por única ocasión el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre por reembolso, siempre y cuando el evento se haya originado dentro de la vigencia de la póliza. El pago de ambulancia por única ocasión aplicará por asegurado.

La indemnización del costo de la ambulancia terrestre se considerará dentro de la siniestralidad de la póliza de Gastos Médicos Mayores.

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 cubiertos por la póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesaria por no poder ser atendido en el lugar que ocurrió éste.

El tipo de ambulancia que se enviará, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, es decir, se proporcionará ambulancia de terapia intensiva, de terapia intermedia o estándar con Médico especialista a bordo o con Médico general, según se requiera.

13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de un trasplante de corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, páncreas, riñón y médula ósea; estos tratamientos son enunciativos no limitativos. Únicamente se cubrirán los gastos médicos originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al asegurado receptor, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en la póliza. **No incluyen los derivados de obesidad mórbida.**
16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten los estudios correspondientes donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente hasta el límite de la suma asegurada contratada.
17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la póliza siempre y cuando sea por prescripción médica.
El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.
18. Se cubren los Padecimientos Preexistentes, catalogados en los incisos a) y c), de acuerdo a la definición del numeral 7 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES de estas Condiciones Generales, siempre y cuando en un período de seis meses, no haya estado bajo tratamiento médico. Deberá considerarse para el cómputo de los 6 meses, la fecha de ingreso del asegurado a la póliza del PJF.

19. Los gastos en que incurra el Asegurado, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo, no limitativo. Aplicara la suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.
Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yate, etc.) buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.
20. Tratamientos médicos quirúrgicos para corregir cifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, únicamente adquiridos a consecuencia de una enfermedad y/o accidentes cubiertos dentro de la vigencia de la póliza.
21. Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos de apendicectomía que se manifiesten durante la vigencia de la póliza. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN" bajo este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.
22. Se cubrirán gastos por estudios realizados a posibles donadores tratándose de histocompatibilidad indispensable en los casos de trasplantes de córnea, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, riñón y/o médula ósea; estos estudios son enunciativos no limitativos; con un máximo de 5 estudios por enfermedad (5 estudios por vigencia, por asegurado y por padecimiento).
23. Los gastos erogados por estudios en laboratorios clínicos, gabinetes para la detección de COVID 19 y cualquiera de sus derivaciones, cuyo diagnostico se confirme como positivo serán cubiertos y pagados siempre y cuando se rebase el deducible. Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos pdf y xml).

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

24. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos cubiertos por padecimientos congénitos del asegurado nacido dentro de la vigencia de la póliza, la cual tuvo su inicio en el año 2005, siempre y cuando se haya notificado a “LA INSTITUCIÓN” sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento y se haya pagado la prima respectiva; dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo asegurado.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros quedarán cubiertos, siempre y cuando la madre tenga al menos 6 meses de antigüedad en la póliza, excepto aquellos que sean a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.

25. Gastos originados por parto o cesárea, serán cubiertos a partir del décimo mes de antigüedad en la póliza, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en el procedimiento, los gastos de hospitalización, medicamentos intrahospitalarios y postoperatorios siempre y cuando, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 UMAMVCDMX.

Como cesárea, se considerará aquella intervención quirúrgica que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño (a) o de la madre.

Dichos procedimientos aplican para todas las aseguradas, siempre y cuando tengan de 15 a 45 años de edad, y se cubrirá a partir del décimo mes de antigüedad en la póliza.

26. Aborto involuntario. Gastos correspondientes a legrado uterino por aborto involuntario, se cubrirán: hospitalización, honorarios médicos y anestesista, medicamentos intrahospitalarios, siempre y cuando, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante.

Los honorarios médicos/quirúrgicos así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX.

Dicho procedimiento aplica para todas las aseguradas, siempre y cuando tengan de 15 a 45 años de edad, y se cubrirá a partir del décimo mes de antigüedad en la póliza.

27. Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX, esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose como tal: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, placenta acreta, placenta increta, placenta preincretta, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, várices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, mola hidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Dichos procedimientos aplican para todas las aseguradas, siempre y cuando tengan de 15 a 45 años de edad, y se cubrirán a partir del décimo mes de antigüedad en la póliza.

28. Tratamientos médicos o quirúrgicos de: amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y/o anillos intracorneales y la colocación de los mismos y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos y/o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el período de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando

la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada contratada.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad referida, se ajuste a los tabuladores que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el período de espera previa autorización de “LA INSTITUCIÓN”.

29. Tratamientos médicos o quirúrgicos de: nariz y senos paranasales, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada los cuales deberán ser justificados con estudios de laboratorio y gabinete, y aplicará coaseguro del 10% o el establecido en la Cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, según sea el caso.

En caso de que la atención médica del padecimiento sea a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, se elimina el período de espera y la aplicación del coaseguro.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

30. Circuncisión, se cubrirá una vez transcurrido el segundo año de antigüedad continua de la póliza para cada Asegurado.
31. A partir del tercer año y un día de antigüedad continua de la póliza para cada asegurado, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él.

D. SERVICIOS AGREGADOS.

32. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de antigüedad, el inicio de vigencia de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores de una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura, y en su caso, el período descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento, se reconocerá la antigüedad que el asegurado haya tenido con otra Aseguradora, siempre y cuando no exista un período en descubierto (sin cobertura) mayor a 30 días naturales, excepto para padecimientos que estén condicionados a antigüedad en la póliza.

El reconocimiento de antigüedad no implica que se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la póliza con “LA INSTITUCIÓN”.

Si la documentación con la cual se respalda el período cubierto en otra Aseguradora, no se presenta al ingresar a la colectividad asegurada por la póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de “LA INSTITUCIÓN”.

33. PREEXISTENCIA

Se reconocen los padecimientos preexistentes, siempre y cuando el asegurado no haya estado bajo tratamiento médico 6 meses. Deberá considerarse para el cómputo de los 6 meses, la fecha de ingreso del asegurado a la póliza del PJF. Se considerarán padecimientos preexistentes aquellos que se mencionan el numeral 7 capítulos DEFINICIONES de la póliza.

34. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad en el extranjero y requiera de un tratamiento médico de emergencia, “LA INSTITUCIÓN” cubrirá el costo del mismo considerando las siguientes condiciones:

- a) Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente.
- b) 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.
- c) “LA INSTITUCIÓN” efectuará el pago de la reclamación de acuerdo a los especificados en la carátula de la póliza.
- d) La suma asegurada es el equivalente en moneda nacional a 50,000 USD con deducible obligatorio señalado en el apartado DEFINICIONES numeral 12, con aplicación de 20% de coaseguro con un tope máximo de \$30,000.00 por cada siniestro.
- e) Los gastos erogados en el extranjero que no fueran cubiertos por pago directo, serán cubiertos sólo a través del sistema de Reembolso.

35. COBERTURA INTERNACIONAL

Esta cobertura es voluntaria e independiente de la cobertura básica y puede contratarse dentro de los primeros 30 días naturales, de cada ejercicio fiscal o de la fecha de su aseguramiento en la póliza, dicha cobertura operará de la siguiente forma:

Los gastos médicos erogados por el Asegurado fuera de la República Mexicana estarán sujetos al pago de deducible y coaseguro, según sea el caso.

Para reclamaciones en el extranjero, operará una protección sujeta a las mismas definiciones, condiciones generales y cláusulas generales especificadas en la póliza, con aplicación del deducible obligatorio y del 20% de coaseguro correspondiente con un tope máximo de \$30,000.00 por cada siniestro. La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado contratada al momento del primer gasto o síntoma del padecimiento. En caso de accidente se elimina el coaseguro.

En su caso “LA INSTITUCIÓN” pagará la reclamación en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio estipulado por el Banco de México en el Diario Oficial para esa moneda, considerando como fecha aquella en que se hayan erogado los gastos.

EXCLUSIONES.

El contrato contenido en la póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afectación e intervención expresamente excluidos en la póliza.

1. **Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.**
2. **Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.**
3. **Tratamientos estéticos y de calvicie.**

4. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.**
5. **Gastos por gestión administrativa en hospitales o procesos de sanitización.**
6. **Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
7. **Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up o sin relación directa con la enfermedad o accidente cubiertos.**
8. **Anteojos, lentes de contacto y lentes externos (micas, armazones pupilentes y esclerales.**
9. **Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.**
10. **Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.**
11. **Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares.**
12. **Estrabismo del asegurado nacido fuera de la vigencia de la póliza.**
13. **Alteraciones del sueño, protocolo de diagnóstico y tratamientos para apnea del sueño salvo aquella cuyo origen sea un accidente, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico,**

- a excepción de aquellos derivados en un accidente. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.
14. **Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.**
 15. **Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación. Medicamentos adquiridos en el extranjero directamente por el asegurado, salvo que reciba la atención en el extranjero, sean prescritos por el médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y la enfermedad o accidente estén cubiertos por la póliza.**
 16. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe nacional.**
 17. **Enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**
 18. **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**

19. **Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**
20. **Riñas o peleas en que participe directamente el Asegurado, siempre y cuando éste haya sido el provocador. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**
21. **Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**
22. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**
23. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencias, entrenamientos, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad. “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar la documentación legal que comprueba la participación directa o el deslinde del asegurado.**
24. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en planeadores.**
25. **Complementos vitamínicos ni fórmulas infantiles, suplementos alimenticios o coadyuvantes, debido a que no son medicamentos.**
26. **Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.**

CLÁUSULAS GENERALES

1.CONTRATO.

La póliza, la colectividad, la solicitud de inclusión y/o bajas de personal asegurado, los certificados individuales, el registro de Asegurados y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y “LA INSTITUCIÓN”, bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de la póliza.

2.COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que son familiares de los servidores públicos en activo, de conformidad con el grado de parentesco establecido en las DEFINICIONES de la póliza, a solicitud expresa de los servidores públicos y con cargo total al propio servidor público que la contrate. La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que aparezcan inscritos en el Registro de Asegurados de la póliza.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia del contrato será de las 12:00 horas p.m. del día 31 de diciembre de 2023 a las 12:00 horas p.m. del día 31 de diciembre de 2025.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las condiciones generales y las cláusulas generales de la póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y “LA INSTITUCIÓN”. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por “LA INSTITUCIÓN”, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el contrato de seguro deberá hacerse a “LA INSTITUCIÓN” por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que “LA INSTITUCIÓN” haga al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al último domicilio legal de que tenga conocimiento.

6. PRESCRIPCIÓN.

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que “LA INSTITUCIÓN” 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos del artículo 68 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, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. MONEDA.

Todos los pagos relativos del contrato, ya sean por parte del Contratante o Asegurado o de “LA INSTITUCIÓN”, se efectuarán en moneda nacional.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, 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.

8. ALTAS, BAJAS E INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA

Mientras esté en vigor la póliza, “LA INSTITUCIÓN” incluirá bajo la protección de la misma con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a “LA INSTITUCIÓN”, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada. Se entregará en archivo electrónico el consentimiento para ser asegurado y documentación soporte para nuevas altas de dependientes económicos, etc.

Causarán alta en la póliza, las personas que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, obligándose el contratante a comunicar a la “INSTITUCIÓN”. En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la póliza, previo llenado del formato de consentimiento para ser asegurado y la documentación establecida para el aseguramiento, la “INSTITUCIÓN” cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del aniversario de la póliza. El periodo para realizar altas en la póliza, será a partir del primer día hábil de enero hasta el 30 de noviembre del año en curso.

Los asegurados podrán incrementar o decrementar la suma asegurada: 379, 444, 592, 740, 1000 o 1500 UMAMVCDMX dentro de los primeros 30 días naturales de cada ejercicio fiscal o a la fecha de su incorporación a la colectividad asegurada. Pasado este tiempo no podrá realizar ningún movimiento durante el ejercicio fiscal.

La potenciación que se contrate durante la vigencia de la póliza tiene efecto sobre siniestros amparados por el contrato de seguro, procedentes y que ocurran con posterioridad a la contratación de dicha potenciación.

Causarán baja de este seguro, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual cada una de las Instancias lo comunicará por escrito a “LA INSTITUCIÓN”, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Asimismo, causarán baja de la colectividad aquellos asegurados que hayan dejado de cubrir las primas correspondientes en la fecha

límite establecida por “LA INSTITUCIÓN” para cada período de pago y no podrán solicitar nuevamente el aseguramiento durante el mismo ejercicio fiscal.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la póliza, “LA INSTITUCIÓN” devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

9. OBLIGACIONES DE “EL CONTRATANTE” Y LA “INSTITUCIÓN” RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS, Y SERVICIOS ADICIONALES.

I. CONTRATANTE

- a) Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.
- b) Comunicar a “LA INSTITUCIÓN” las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada.
- c) Comunicar las modificaciones a las pólizas en vigor.

II. DE “LA INSTITUCIÓN”

- a) Entregar reportes de siniestralidad impresa y en medio magnético a Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación, dentro de los primeros quince días naturales de cada mes siguiente al mes que se reporta.
- b) Verificar que no exista duplicidad de asegurados entre todas las pólizas del Poder Judicial de la Federación, informando a cada Instancia Administrativa a efecto de eliminar la duplicidad de aseguramiento.
- c) Generación de reportes de siniestralidad de la población asegurada de conformidad con las características requeridas por cada Instancia Administrativa.
- d) Para la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la aplicación de la cobranza vía descuento por nómina se realizará de conformidad con el calendario establecido por dicha Instancia Administrativa.

- e) Entregar trimestralmente el directorio de Hospitales y Médicos en convenio actualizados dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.
- f) Emitir certificados individuales y tarjetas impresas o digitales de identificación de los asegurados en la póliza, dentro de los 7 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud del movimiento (altas, bajas, modificaciones).
- g) Al término de cada ejercicio fiscal “LA INSTITUCIÓN” deberá entregar un reporte completo y detallado de todos los pagos realizados que contenga como datos mínimos los siguientes: Número de Siniestro, Póliza, Suma Asegurada en UMA (Unidad de Medida de Actualización) y su equivalencia en pesos, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), inicio y conclusión de vigencia, año, período del reporte, consecutivo de liquidación, fecha primer gasto, fecha de pago, fecha de registro, ciudad, estado, descripción del padecimiento, hospital o proveedor, deducible, coaseguro, importe pagado sin IVA, IVA, importe pagado con IVA, tipo de siniestro, tipo de pago, remanente de suma asegurada, pago inicial o complemento, tipo de pago de complemento (iniciado en la póliza o complemento de otra póliza de seguro).
- h) La Institución deberá contar con un Centro de Atención Telefónica gratuito, con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención de manera directa en caso de algún siniestro, las 24 horas del día, los 365 días del año.
- i) En caso de que las personas aseguradas estimen que el servicio recibido es deficiente, podrán solicitar la atención de otro ejecutivo y la compañía aseguradora deberá canalizarlos. Adicionalmente se ofrecerá un correo electrónico de quejas quejas.sugerencias.pjf@banorte.com para disposición de los asegurados, garantizando que estas sean atendidas en un plazo no mayor a 7 días hábiles.

- a) La institución deberá contar con un canal digital mediante el cual los asegurados puedan obtener información relevante en relación con sus pólizas de seguro, como pueden ser:
- En una primera etapa, al inicio de la vigencia, contar con la opción de consulta y descarga de pólizas.
 - En una segunda etapa, durante el segundo trimestre de inicio de vigencia, contar con la opción de poder gestionar y consultar los trámites de siniestros, así como contar con un elemento de interfaz de usuario en la herramienta que oriente al asegurado y en caso de que aun así exista necesidad de asesoría podrá ser atendido a través del Centro de Atención Telefónica.
 - En una tercera etapa, la compañía aseguradora proporcionará diversos reportes, para verificar los tiempos y niveles de servicio, acordando previamente entre las partes la información que deberá contener los reportes y su periodicidad; así como el tiempo que le llevará a la compañía de seguros elaborarlos.

10. EDAD

Para efecto de este contrato las edades límites de aceptación y renovación son:

- a) 95 años de edad.
- b) “LA INSTITUCIÓN” para comprobar las edades asentadas en este contrato-póliza, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes como lo son: acta de nacimiento, credencial de elector, pasaporte, cartilla militar o alguna otra identificación oficial vigente con fotografía. “LA INSTITUCIÓN”, una vez que haya solicitado 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.
- c) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, “LA INSTITUCIÓN” estará obligada a reembolsar el total 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 real.

- d) Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad real o nivel de algún Asegurado, “LA INSTITUCIÓN” sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad real, en la fecha de celebración del contrato.

11. RESIDENCIA.

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

12. PRIMAS.

La prima de los Asegurados se determinará de acuerdo con su edad y sexo, quedando a cargo del Asegurado el pago en la forma convenida por conducto del contratante. La Instancia será la retenedora y pagadora a la Institución.

Si el asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado y estará exento de tasa de financiamiento por pagos fraccionados, los pagos podrán ser vía depósito bancario, domiciliación a tarjeta de crédito bancaria o transferencia electrónica, de manera mensual, trimestral, semestral o de contado. Para el caso de la Suprema Corte de Justicia de la Nación también podrá realizarse el pago vía descuento por nómina a cargo del servidor público en activo que lo contrate.

La elección o modificación de forma de pago (períodos), se realizará durante los primeros 30 días naturales de cada ejercicio fiscal o al momento de la contratación de la póliza.

“LA INSTITUCIÓN” se compromete a que la base de datos inicial que le entregue la parte asegurada, y que comprenderá la población general de asegurados, deberá mantenerse actualizada durante la vigencia de la póliza, incluyendo las altas, bajas y modificaciones correspondientes a la vigencia contratada, mismas que servirán de base para la expedición de certificados y tarjetas impresas o digitales de identificación de aseguramiento.

Los pagos de las primas con independencia de la forma contratada, serán cubiertos, directamente por el servidor público contratante, conforme al procedimiento establecido en cada Instancia del Poder Judicial de la Federación.

La falta de pago en la potenciación implicará la cancelación de dicho plan. Siempre y cuando sea resultado de la conciliación de primas voluntarias por cada instancia y “LA INSTITUCIÓN”.

13. PERÍODO DE GRACIA.

Es el lapso de treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la la póliza o del vencimiento de cada fracción pactada, con que cuenta el Asegurado para pagar la prima.

“LA INSTITUCIÓN” deberá entregar los recibos para el pago de primas cuya fecha límite de pago se contemple al inicio de cada período de la fracción (mensual, trimestral, semestral y anual), que se haya elegido como forma de pago.

14. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula 12. PRIMAS, el contratante podrá, dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ello si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso; por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día que surta efecto la rehabilitación.

Los periodos de pago vía depósito bancario o domiciliados a tarjeta de crédito solo serán semestrales o anuales.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago del que se trata el contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original,” LA INSTITUCIÓN” ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo, cuyos momentos inicial y terminal se indica al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a la que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar “LA INSTITUCIÓN”, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que emita con posterioridad a dicho pago.

15. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN Y PENAS CONVENCIONALES.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto, el asegurado liquidará el deducible y en su caso el coaseguro cuando así corresponda cuyo tope será de 30,000 m.n. , por cada siniestro, dependiendo de la enfermedad de que se trate y del sistema de pago de Indemnización utilizado.

PAGO DE RECLAMACIONES.

“LA INSTITUCIÓN” sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Hospitales o Sanatorios y clínicas debidamente autorizados.

“LA INSTITUCIÓN” se compromete a que en el término de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza establecerá convenios con hospitales en aquellos lugares en donde no se tiene, siempre y cuando el o los proveedores contactados para dichos convenios acepten establecerlos. Mientras tanto durante el período de su establecimiento, la cobertura se amparará de la siguiente forma:

Si dentro de esos 30 días un asegurado llegase a requerir de los servicios Médicos de una Institución Hospitalaria en los términos amparados por la póliza que no se encuentre en convenio con la Red Médica de “LA INSTITUCIÓN”, esta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones que se generen a cargo del asegurado, siempre y cuando el Hospital y/o Médicos acepten

sus políticas de pago directo. Para tales efectos “LA INSTITUCIÓN” se comunicará y establecerá con la Institución Hospitalaria que atiende al Asegurado, el pago de estos gastos, una vez que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación de la Red Médica Nacional de “LA INSTITUCIÓN” y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada “LA INSTITUCIÓN”. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

Cuando se trate de menores de edad, en caso de siniestro, se cubrirá el pago respectivo al servidor público contratante.

No se hará por parte de “LA INSTITUCIÓN” pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencias o asistencias sociales donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

Las reclamaciones tramitadas en la Ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que “LA INSTITUCIÓN” o persona autorizada por la Compañía Aseguradora reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización.

Transcurrido el lapso de un año “LA INSTITUCIÓN” podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico para el pago de reembolsos complementarios por parte de “LA INSTITUCIÓN”.

PENAS CONVENCIONALES

Pena convencional por atraso en la atención al asegurado y sus dependientes:

- a) Para movimientos de altas, bajas de asegurados e incrementos de suma asegurada solicitados a partir del 15 de marzo del ejercicio fiscal correspondiente, se aplicará una penalización a “LA INSTITUCIÓN” de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso en la emisión de las pólizas requeridas. El tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder los 10 días hábiles a partir de la recepción de la documentación completa por parte de la institución.

- b) Para movimientos de altas, bajas de asegurados e incrementos de suma asegurada solicitados a partir del 15 de marzo del ejercicio fiscal correspondiente, se aplicará una penalización a “LA INSTITUCIÓN” de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso en la reexpedición de pólizas y correcciones de errores requeridas por el asegurado. El tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder los 5 días hábiles a partir de la recepción de la documentación completa por parte de la institución.
- c) Por el atraso en la entrega de órdenes de pago (notas de crédito) requeridas por el asegurado por devolución de primas pagadas en exceso, se podrá sancionar a “LA INSTITUCIÓN” con una pena convencional de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso. El tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder los 15 días hábiles a partir de la solicitud realizada por el contratante a la institución. Siempre y cuando la Institución haya recibido las primas de seguros de la Instancia correspondiente, así como el desglose de estas, en caso contrario deberá computarse el tiempo a partir de la fecha de recepción de esta información.
- d) El atraso en la respuesta a la solicitud de programación de cirugía o tratamiento médico, se podrá sancionar a “LA INSTITUCIÓN” con una pena convencional de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso, el tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder a los 5 días hábiles a partir de la entrega completa de la documentación solicitada.
- e) Por el atraso en el depósito o pago del reembolso, se podrá sancionar a “LA INSTITUCIÓN” con una pena convencional de 2 UMADVCDMX vigente por cada día hábil de atraso, el tiempo de respuesta para esta solicitud no deberá exceder a los 12 días naturales a partir de la entrega completa de la documentación solicitada.

Para los incisos a), b), c), d) y e) las personas servidoras públicas aseguradas informarán a las áreas administrativas del Poder Judicial de la Federación sobre el incumplimiento de los plazos establecidos. Las áreas administrativas realizarán la revisión con la aseguradora y, en su caso, solicitarán el pago de la penalización correspondiente.

Estas penalizaciones no podrán exceder el monto del deducible y el periodo para solicitar su revisión será dentro de los 3 meses posteriores al incumplimiento.

El monto o cantidad resultante de la penalización será aplicada a favor del reclamante, dentro del proceso de indemnización.

Para efectos de este programa se entiende como reclamante al titular del certificado afectado en la reclamación, sea por atención prestada al mismo, o bien, a alguno de sus dependientes amparados por el programa.

16. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

El Sistema de Pago Directo considerado en la póliza opera además de los términos estipulados en las DEFINICIONES de la misma, en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera de atención médica o ingreso a un Hospital y obtenga los servicios de Médicos y Hospitales de la Red Médica o el Médico tratante acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio con “LA INSTITUCIÓN”, cuyo deducible obligatorio referido en la cláusula 15 anterior, deberá ser cubierto por el asegurado directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado, así como el pago de coaseguro que, en su caso, corresponda de conformidad con lo establecido en la cláusula general 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro cubierto por la póliza y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a los honorarios, salvo los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones del contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la póliza.

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS

Trámite. - La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con cinco días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en que “LA INSTITUCIÓN” valorará la intervención y/o tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe de entregar en el área de admisión del Hospital y al Médico tratante.

En el caso de que se trate de un Médico que no pertenezca a la Red Médica pero que haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico, deberá expresarlo por escrito firmado. Para los trámites de programación de cirugías, tratamientos, o medicamentos, “LA INSTITUCIÓN” tendrá hasta 5 (cinco) días hábiles para proporcionar la respuesta.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite. - El servicio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta digital de identificación del seguro y/o certificado individual en forma física o digital y su estancia sea mayor a 24 horas.

El servicio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio con “LA INSTITUCIÓN” o aun no perteneciendo a la misma haya aceptado por escrito el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para informar la procedencia del Reporte en el Hospital “LA INSTITUCIÓN” por conducto de un representante informará al asegurado, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a “LA INSTITUCIÓN” y de que ésta cuente con toda la información necesaria para emitir dictamen correspondiente.

“LA INSTITUCIÓN” podrá nombrar un Médico para verificar en el Hospital en que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

En cualquiera de los dos procedimientos anteriores, cuando el médico tratante no pertenezca a la Red, será responsabilidad del Asegurado obtener la firma de conformidad del Médico, en el formato o mediante escrito la aceptación del monto de los honorarios que “LA INSTITUCIÓN” cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato o escrito deberá firmarse por cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales “LA INSTITUCIÓN” deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad el Asegurado pagará el deducible y en su caso, coaseguro correspondiente de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza, previa autorización de “LA INSTITUCIÓN”

b) REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos, podrá solicitar mediante reembolso, y “LA INSTITUCIÓN” le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente y el coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalarias conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines establezca “LA INSTITUCIÓN” o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación respectiva. En caso de que la documentación sea incompleta “LA INSTITUCIÓN” deberá informar en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que se requisiite.

“LA INSTITUCIÓN” cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos tramitados en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en el interior de la República, dentro de los siguientes doce días naturales posteriores a la reclamación de gastos para el pago de reembolso tanto para la Ciudad de México contados a partir de la fecha en que se hubiere recibido la reclamación debidamente requisitada por el Asegurado en el módulo antes mencionado o en las oficinas de “LA INSTITUCIÓN” o en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la póliza.

Trámite. - En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a “LA INSTITUCIÓN” 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 Informe del Reclamante debidamente requisitado y firmado.
2. Formato Informe Médico debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas, recibos de honorarios, etc., que satisfagan los requisitos fiscales vigentes (entregar archivos electrónicos PDF y XML) de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados, señalando que la prescripción médica deberá actualizarse por lo menos cada 6 meses.
5. Gastos hospitalarios, los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Formato de autorización para pago, en su caso, vía transferencia electrónica.
7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario copia fotostática de la interpretación en su caso desglose de la factura.
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.

El mecanismo y/o procedimiento de pago de suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado titular, encontrándose éste en proceso de atención médica para el caso de reembolso o durante el trámite de reclamación que se aplicará es: los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge o concubina, concubinario o pareja del mismo sexo, en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

Cuantía del reembolso. - La cantidad que “LA INSTITUCIÓN” pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza.

2. A la cantidad resultante se descontará en su caso, primero el deducible y después, de ser aplicable, la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por siniestro, de conformidad con las condiciones generales de la póliza y la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.
3. El deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad o accidente cubiertos de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad se ajuste a los tabuladores con los que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza, previa autorización de “LA INSTITUCIÓN”.

c) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un Hospital, sean liquidados mediante pago directo por “LA INSTITUCIÓN” y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción en los términos estipulados de la póliza.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que “LA INSTITUCIÓN” liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, conforme a lo establecido en la póliza, previa autorización de “LA INSTITUCIÓN”.

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el asegurado en forma anterior y posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por “LA INSTITUCIÓN” por pago directo, aplicando para ello los términos establecidos en la póliza.

17. OTROS SEGUROS.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en la póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras Compañías Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Compañía Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Compañía Aseguradora. En la combinación de otros seguros, los asegurados podrán presentar a “LA INSTITUCIÓN” las facturas o recibos de honorarios que la primera no le hubiera cubierto, por concepto de participación de deducible o coaseguro, haciendo mención que tendrá obligación de realizar el pago del deducible y coaseguro contemplados en la póliza del PJF.

18. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso (el asegurado) 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.

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio, el Contratante y “LA INSTITUCIÓN” expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

19. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA PARA NUEVAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS.

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

20. INTERÉS MORATORIO.

Si “LA INSTITUCIÓN” no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora como lo establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, conforme a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
- II. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país,

publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- IV. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- V. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- VI. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VII. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- VIII. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- IX. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- X. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
- XI. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
 - a) Los intereses moratorios;
 - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - c) La obligación principal.
- XII. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
- XIII. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- XIV.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.
- XV.** En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

21. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

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

- a) La terminación del contrato por cualquiera de las causas establecidas en este procedimiento.
- b) La cancelación de la póliza a solicitud del contratante.
- c) El término del período de gracia antes del pago de la prima completa o de cada una de las fracciones pactadas en el Contrato.

Para el caso de que “LA INSTITUCIÓN” pretenda dar por terminado o concluir el contrato póliza anticipadamente, esto solo podrá surtir efecto hasta noventa días naturales después de que se notifique por escrito dicha decisión a la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la póliza.

22. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga “LA INSTITUCIÓN” en este seguro una vez transcurrido 730 días posteriores a cada aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas netas pagadas (sin I.V.A.) de las coberturas básicas y potenciadas menos el monto de siniestros (sin I.V.A.) que afecten estas mismas coberturas, ocurridos en el

ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación. El dividendo se otorgará a favor de la contratante por ser quien paga las primas de estas coberturas.

La participación de utilidades aplicará **para todos los planes de contratación (Básica y Potenciada).**

Para lo anterior, “LA INSTITUCIÓN” estará obligada a llevar un control detallado de todos los siniestros, mediante el cual presente con la periodicidad que le sea requerida, la siniestralidad agrupada por cobertura afectada (Básica y Potenciada), lo anterior sin menoscabo de cualquier otro tipo de reporte que esté previsto dentro de los documentos de este programa.

Para efecto de la determinación de dicho dividendo, “LA INSTITUCIÓN” efectuará al final de los 730 días posteriores a cada aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

- a) Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas de las coberturas Básicas y Potenciadas de cada aniversario de la póliza, se deducirá el importe de los siniestros que afecten estas coberturas, reclamados y pagados del mismo período.
- b) En caso de que “LA INSTITUCIÓN” haya pagado los dividendos y que con posterioridad al pago de estos se presenten otras reclamaciones procedentes, la Instancia devolverá a la Institución la parte correspondiente de los dividendos, y que, en caso contrario, La Institución quedara relevada de cualquier responsabilidad.
- c) Si la suma de los siniestros reclamados en el período es mayor que el mencionado porcentaje de la prima pagada y devengada, no se otorgará dividendo al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza.

23. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

A continuación se presenta la clasificación de hospitales considerando la aplicación de deducible y coaseguro conforme a la suma asegurada contratada, para enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza:

Para aquellos hospitales que no estén en convenio con “LA INSTITUCIÓN” el coaseguro se considerara como hospital clasificación tipo “C”.

En el supuesto de que algún prestador de servicio médico sea dado de baja en la red médica de “LA INSTITUCIÓN” deberá informarlo con oportunidad a la convocante y sustituir a dicho prestador de servicio.

Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX	Clasificación de Hospitales	Deducible	Coaseguro	Observaciones
379 444 592	Tipo "A"	Familiares asegurados: 3.5 UMAMVCDMX	20%	La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo al tipo de hospital.
740 o más	Tipo "A"	Familiares asegurados: 3.5 UMAMVCDMX	0%	Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$30,000.00 por cada siniestro.
379 444	Tipo "B"	Familiares asegurados: 3.5 UMAMVCDMX	15%	Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención no implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$30,000.00.
592 o más	Tipo "B"	Familiares asegurados: 3.5 UMAMVCDMX	0%	
379 o más	Tipo "C"	Familiares asegurados: 3.5 UMAMVCDMX	0%	

TABLA HOSPITALES

Hospitales Tipo "A"	
Ciudad de México	Puerto Vallarta, Jal.
Hospital Ángeles del Pedregal	Hospital Amerimed
Hospital Ángeles de las Lomas	Monterrey, N.L.
Hospital ABC	Hospital Muguerza Monterrey

Hospitales Tipo "A"	
Hospital ABC Santa Fe	Hospital San José de Monterrey
Star Médica Centro	TEC de Monterrey
Stat Médica Infantil Privado	Hospital y Clínica Oca
Guadalajara, Jal.	Santa Engracia
Hospital Real San José de Zapopan	Hospital Angeles Cima Monterrey
Hospital Ángeles del Carmen	Centro Médico Sambrano Helión
Cd. Juárez, Chih	Doctors Hospital
Hospital Ángeles Cd. Juárez	Angeles Valle Oriente
Ángeles Chihuahua	Querétaro, Qro.
Star Médica Cd. Juárez	Hospital Ángeles de Querétaro
Star Médica Chihuahua	Star Médica Querétaro
Puebla, Puebla.	Saltillo, Coahuila
Hospital Ángeles Puebla	Christus Mugerza
Tijuana, B.C.	Hospital Saltillo
Hospital Ángeles de Tijuana	Torreón, Coahuila
Aguascalientes, Agsc.	Hospital Ángeles Torreón
Central Médico Quirúrgica	León, Gto.
Grupo Star Médica	Hospital Ángeles de León

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

Hospitales Tipo "B"	
Ciudad de México	Puerto Vallarta, Jal.
Hospital Sports Clinic WTC, Lomas y Satélite.	Hospital San Javier Marina
Hospital Ángeles Metropolitano	Estado de México
Hospital Dalinde	Hospital Ciudad Satélite
Centro Médico Tiber	Hospital Río de la Loza
Hospital Angeles Mocel	Sport Clinic

Hospitales Tipo "B"	
Hospital Español	Monterrey, N.L.
Hospital Médica Sur	Christus Mugerza Hospital Sur
Tijuana, B.C.	Christus Mugerza Concepción
Hospital Excel	Hospital de Ginecología y Obstetricia
Chihuahua, Chih.	Querétaro, Qro.
Clínica del Centro, Chihuahua	Hospital San José
Christus Mugerza del Parque	Cancún, Q. Roo
Cd. Juárez, Chih.	Hospital Americano de Cancún
Centro Médico de Especialidades de Cd. Juárez	Médica San Miguel de Cozumel, S.A. de C.V.
Saltillo, Coah.	Culiacan, Sin.
Hospital Mugerza Hospital de Saltillo	Hospital Ángeles de Culiacán
León, Gto.	Hermosillo, Son.
Hospital Aranda de la Parra	Hospital Licona de Hermosillo
Guadalajara, Jal.	Hospital Cima de Hermosillo
	Cuernavaca, Mor.
	Sanatorio Henry Dunant
	Cozumel Q. Roo

Hospitales Tipo "B"	
Hospital Hospital San Javier	Clínica Médica San Miguel de Cozumel
Hospital México Americano	
Hospital Country 2000	Clínica Villanueva

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

Hospitales Tipo “C”

Ciudad de México e Interior de la República Mexicana

Resto de los Hospitales en convenio

24. AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG-971124-PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **15 de diciembre de 2023**, con el número **CNSF-S0001-0407-2023**.