



CONDICIONES DE SERVICIO
ESQUEMA AUTOADMINISTRADO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARTIDA 3

ESPECIFICACIONES:

La Universidad Nacional Autónoma de México requiere de la “**CONTRATACIÓN DE POLIZAS DE COBERTURA AMPLIA INTERNACIONAL Y POLIZAS DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO**” a través de la atención médica, hospitalaria, farmacéutica y servicios clínicos y de diagnóstico, con cobertura a nivel internacional de acuerdo a las siguientes condiciones de servicio:

1. CONTRATANTE

La Universidad Nacional Autónoma de México.

2. TIPO DE PLAN: AUTOADMINISTRADO

Bajo el esquema de la “**CONTRATACIÓN DE POLIZAS DE COBERTURA AMPLIA INTERNACIONAL Y POLIZAS DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO**” de acuerdo a lo establecido en las presentes Condiciones del Servicio.

3. VIGENCIA

La vigencia será de 24 MESES, iniciando a las 12:00 horas del día 01 de julio de 2025 a las 12:00 horas del día 01 de julio de 2027.

4. DEFINICIONES

UNAM: La Universidad Nacional Autónoma de México.

CONDICIONES DE SERVICIO: Especificaciones técnicas, límites y alcances específicos para la aplicación del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores para el Personal Universitario.

GASTO MÉDICO MAYOR: Es el gasto derivado de atención médica en caso de surgir algún imprevisto, como un accidente o una enfermedad y cubre gastos de hospitalización, atención médica, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y análisis clínicos, entre otros servicios médicos profesionales, siempre y cuando haya diagnóstico definitivo y que aun siendo urgencia y/o emergencia supere el importe fijo de Coparticipación Inicial establecido en estas Condiciones de Servicio.

DIAGNÓSTICO: Determinación del estado de salud, establecido por un médico profesionalista independiente legalmente autorizado a través de análisis de los signos y/o síntomas que permite determinar una afección diferenciándola de cualquier otra.

USUARIO: Persona que goza de los beneficios del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, acatándose a las cláusulas y condiciones establecidas en estas Condiciones.



ACCIDENTE: Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al usuario ocasionándole daño(s) corporal(es) que requieran atención médica a la brevedad. También se considera las consecuencias en el estado de salud dentro de los primeros 30 días naturales posterior al inicio del accidente siempre y cuando se encuentren justificadas por médico tratante y evidenciadas con estudios de laboratorio y/o gabinete. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el usuario.

COPAGO: Es la coparticipación fija en dinero a cargo del Usuario por el servicio de la atención de primer contacto.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS: Son aquellos beneficiarios del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores con el carácter de Cónyuge, concubino(a), e hijos(as) definidos con ese carácter por el documento probatorio de la relación que para tal efecto establezca la legislación vigente en la materia y que pueden ser incorporados por el Titular, con el pago de la cuota correspondiente.

DÍA HÁBIL: Los días que se labore en la UNAM, comprendiéndose todos los del año, excluyéndose los sábados, domingos y los que establece la Ley Federal de Trabajo.

DÍA NATURAL: Todos los días del calendario.

ENFERMEDAD: Toda alteración en la salud del usuario debida a causas internas o externas por las cuales amerite tratamiento médico y/o quirúrgico diagnosticada por médico profesional independiente legalmente autorizado.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Aquella de larga evolución que se desarrolla en forma lenta y progresiva y puede acompañarse de complicaciones en diversos aparatos y sistemas; éstas son controladas, pero no se curan y producen incapacidad y/o muerte.

REGIÓN CORPORAL: Para fines de las presente Condiciones del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, se considera región anatómica, todas aquellas divisiones corporales establecidas en el Tabulador de Gastos Médicos UNAM, anexo VII.

ENFERMEDAD TERMINAL: Aquella enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado; que se acompaña de manifestaciones clínicas de insuficiencia orgánica de aparatos o sistemas.

EMERGENCIA MÉDICA: Cualquier enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio que pone en peligro la vida del Usuario y/o la viabilidad de alguno de sus órganos, por la cual requiere atención médica inmediata.



URGENCIA MÉDICA: Cualquier enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio de evolución variable, etiología diversa, gravedad variable y no necesariamente mortal, cuyos signos y/o síntomas previos al diagnóstico definitivo requieran atención médica inmediata.

IDENTIFICACIÓN OFICIAL: Credencial para votar expedida por el Instituto Nacional Electoral, Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores o Cédula Profesional expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

HONORARIOS MÉDICOS: Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Usuarios, de acuerdo al tabulador médico establecido para estas condiciones de servicio.

HOSPITAL: Proveedor médico en convenio que brinda sus servicios para la atención médica necesaria de gastos médicos mayores en sus instalaciones y con la infraestructura médica propia. Dentro de esta se consideran: consultorios, torres médicas, laboratorio, farmacia, servicios de radiología, imagenología, quimioterapia, radioterapia y otros servicios siempre y cuando pertenezcan a la misma razón social y no se encuentren subcontratados.

LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE COBERTURA: Importe máximo asignado por cada usuario para cubrir una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a estas condiciones de servicio.

RED MÉDICA: Prestadores de servicios de salud, con quienes se celebran convenios de prestación de servicios médicos y/u hospitalarios, que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes la Administradora pagará los gastos médicos amparados, ajustándose a las presentes Condiciones.

HOSPITALIZACIÓN: Estancia continua en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una enfermedad o accidente reclamado. El tiempo de estancia corre a partir del momento en que el usuario ingresa como paciente interno a la Institución.

PAGO DIRECTO: Procedimiento mediante el cual la empresa Administradora realiza directamente el pago al prestador de servicios por la atención médica de enfermedades o accidentes cubiertos por estas condiciones de servicio.

PERÍODO DE ESPERA: Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir de vigencia continua para cada usuario a fin de que las enfermedades indicadas expresamente puedan ser cubiertas por estas condiciones de servicio.

PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CON CONVENIO: Se integra por los médicos, hospitales, laboratorios clínicos y gabinetes vinculados a la empresa Administradora por convenios que integran la RED MÉDICA y HOSPITALARIA, que se incluyen en la GUÍA DE USUARIO, y que tienen por objeto proporcionar a los usuarios el servicio de pago directo de los gastos médicos cubiertos por la atención prestada por aquellos a los usuarios.



RECLAMACIÓN: Procedimiento mediante el cual el usuario tramita ante la empresa Administradora el pago derivado de los gastos erogados a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio.

REEMBOLSO: Pago de gastos erogados previamente por el usuario a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS: Lista detallada de procedimientos, que entrega la UNAM a la empresa Administradora, que especifica el monto máximo a pagar para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio. Incluye honorarios médicos por consultas médicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.

PRIMA: Es la cantidad que paga el usuario por el precio establecido en estas Condiciones, para la cobertura de emergencia en el extranjero.

TITULAR DEL SERVICIO: Es el trabajador de la Universidad Nacional Autónoma de México que cumple con las condiciones y conceptos definidos en el numeral 5. Elegibilidad.

5. COBERTURAS EN EL EXTRANJERO

Cobertura de Emergencia en el extranjero: esta póliza cubrirá hasta por seis meses a los académicos o funcionarios que por razones institucionales acudan como comisionados a cualquier país. Esta cobertura aplica de igual forma para los académicos y/o funcionarios (incluyendo a sus dependientes económicos) que viajen fuera del país por motivos personales y/o de recreo.

Para el caso de los comisionados el pago es a cargo de la Institución, y cuando se trate de viajes por razones personales, el costo es a cargo del académico.

Cobertura Amplia Internacional: Esta póliza aplica para los académicos y sus dependientes económicos que viajen como personal becario de la institución y/o año sabático de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo del Personal Académico; el pago de esta póliza es 100% a cargo de la Institución.

6. ELEGIBILIDAD

6.1. COLECTIVIDAD

I. Se considera como colectividad al USUARIO TITULAR que pertenezca por su Nombramiento a alguno de los siguientes subgrupos:

- a) Profesores Eméritos
- b) Académicos Investigadores (Ensenada B.C.)
- c) Profesores de Carrera de Tiempo Completo



- d) Funcionarios: Directores Generales, Directores de Área, Subdirectores (Nivel 9) y Secretarios Administrativos y/o Jefes de Unidad Administrativa.
- e) Profesores de Asignatura 40hrs y menos de 40 hrs.
- f) Funcionarios administrativos de confianza.

II. Se considera como incorporación POTESTATIVA a los DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL TITULAR, cuya incorporación es voluntaria y el pago total de la cuota es por parte del Titular del Servicio; pertenecen a este rubro las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- a) Cónyuge o Concubino(a) previa acreditación documental mediante, acta de matrimonio o documento probatorio de la relación que establezca la legislación vigente en la materia, incluyendo los matrimonios igualitarios o del mismo sexo.
- b) Hijos(as) del Titular del Servicio, previa acreditación documental mediante, acta de nacimiento, que sean solteros(as) y menores de 25 años.

Una vez contratada la cobertura, los dependientes económicos del Titular tendrán los mismos beneficios del titular de acuerdo al subgrupo que les corresponda.

7. SUMA ASEGURADA

Recurso económico por cada usuario a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto en estas condiciones de servicio, conforme a lo siguiente:

- a) En el caso de la cobertura de emergencia en el extranjero para el personal que sale comisionado por la Institución y el personal que contrata de manera particular, el límite máximo de responsabilidad será de **\$60,000.00 U.S.D.** o el equivalente al tipo de cambio de la moneda del País de destino por comisión.
- b) Para el caso de cobertura amplia internacional (incluso maternidad para titulares, cónyuge o concubina) para el personal becario de la institución y/o en periodo sabático y sus beneficiarios, el límite máximo de responsabilidad será de **\$100,000.00 U.S.D.**; para el caso de maternidad aplican **\$30,000.00 U.S.D.** o el equivalente al tipo de cambio de la moneda del País de destino por vigencia.

Quedan en la misma situación anterior los dependientes económicos Hijos del Titular(es), siempre y cuando de manera potestativa hayan sido adheridos al Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores y solicitados por el Titular.

La suma asegurada operará para cada enfermedad o accidente cubierto en estas Condiciones y se cubrirá hasta su agotamiento, una vez agotado, termina la responsabilidad en el otorgamiento del servicio por parte de la Institución o al término de la vigencia.



8. DEDUCIBLE A CARGO DEL USUARIO

Importe fijo de dinero a cargo del usuario que pagará por única vez y por cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio, y se aplicará de manera general al total de los gastos indemnizables, sin importar el origen de los mismos, conforme a lo siguiente:

- a) **\$500.00 U.S.D.** en la cobertura amplia internacional para el personal becario de la institución y sus beneficiarios.
- b) **\$300.00 U.S.D.** En la cobertura de emergencia en el extranjero.

Los presentes criterios aplican para los titulares y/o dependientes económicos de todas aquellas poblaciones o subgrupos cubiertos vigentes del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

9. COASEGURO A CARGO DEL USUARIO

Es el importe económico obligatorio a cargo del usuario que se aplica al monto total de gastos cubiertos por estas condiciones de servicio en cada reclamación, una vez descontado el Deducible, de acuerdo a lo siguiente:

- a) **20%** para los servicios de ambulancia terrestre
- b) En caso de la ambulancia aérea para las coberturas de emergencia en el extranjero y amplia internacional la participación del usuario será de \$70,000.00 M.N.

Los presentes criterios aplican para los titulares y/o dependientes económicos de todas aquellas poblaciones o subgrupos cubiertos vigentes del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

10. GASTOS CUBIERTOS

Si como consecuencia de enfermedad o accidente el usuario incurriera en gastos, la Aseguradora cubrirá el costo de los mismos, el servicio que se proporcione en el extranjero, se brindará por pago directo conforme a lo establecido en las condiciones del servicio en la sección de Gastos Cubiertos y Gastos no cubiertos de la partida 1 y sin restricción alguna que afecte los intereses de los usuarios de acuerdo a las condiciones estipuladas.

El servicio médico y hospitalario en el extranjero, se brindará de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) de la región en donde se origine el evento o siniestro, conforme al International Classification of Diseases (ICD).

11. CIRUGÍA PROGRAMADA

Mediante pago directo, previa presentación de la documentación e información médica y administrativa solicitada por la Aseguradora.



12. PERIODOS DE ESPERA

No aplican los períodos de espera, la presente cobertura es contratada por un tiempo específico y determinado para amparar las actividades académicas y/o administrativas autorizadas por la Universidad para funcionarios y/o personal académico en el extranjero.

13. CLÁUSULAS GENERALES

13.1. PAGO DE RECLAMACIONES.

La empresa Administradora NO pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

La empresa Administradora sólo pagará los Honorarios de Médicos y Enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del usuario.

De igual manera, la empresa Administradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados.

La empresa Administradora o la Subdirección de Seguros y Gastos Médicos Mayores de la Dirección General de Personal, podrán, en todo momento, solicitar toda información médica y/o circunstancial del siniestro, para determinar su procedencia.

Solo se realizarán pagos por concepto de reclamaciones, cuyo gasto haya sido efectuado durante esta vigencia. El plazo para efectuar el trámite de reembolso de estas reclamaciones, en su caso, no deberá ser posterior a las 12:00 de 15 de julio de 2025.

De conformidad a lo establecido en PAGO DE RECLAMACIONES, la Convocante NO permitirá bajo ninguna circunstancia la aplicación de penalizaciones por parte de la empresa administradora.

13.2 ALTAS

Los movimientos de alta generados en ambas coberturas, así como las incorporaciones, los datos de los usuarios y vigencia (periodos de cobertura para cada asegurado) se realizarán de forma gradual, conforme a la necesidad de la Institución por parte de los usuarios que viajen al extranjero durante la vigencia de la póliza, y serán entregados por la Subdirección de Seguros y Gastos Médicos de la Dirección de Personal de la UNAM.

Los movimientos de alta de los académicos y/o funcionarios (incluyendo a sus dependientes económicos) que viajen fuera del país por motivos personales y/o de recreo se realizarán de forma paulatina y conforme a la necesidad por parte de los usuarios



13.3 BAJAS

En caso de requerirse una baja derivada de la terminación anticipada del periodo de cobertura, esta será solicitada por la Subdirección de Seguros y de Gastos Médicos de la Dirección de Personal de la UNAM.

13.4 EDAD

Para efecto de este servicio, no hay límite de edad para la aceptación de usuarios de la población obligatoria y en la definida como potestativa (titulares, cónyuges o compañeros(as)).

13.5 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Antigüedad: Es el período de tiempo en que el usuario ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida por una póliza de seguro de gastos médicos mayores, en alguna compañía de seguros. El reconocimiento de antigüedad únicamente surte sus efectos en el caso de cuantificación de tiempo para eliminar periodos de espera.

Para obtener los beneficios que otorga el presente Servicio y opere el reconocimiento de antigüedad generado con otras compañías Aseguradoras, sean pólizas de grupo o contratadas en forma individual: en el primer caso, deberá el usuario presentar copia de estas condiciones de servicio o certificado, cuando menos de los dos últimos años o vigencias, y para el caso de las individuales, los recibos de pago de al menos de la última vigencia.

Este reconocimiento operara siempre y cuando, el usuario no haya tenido periodos al descubierto mayores a treinta días y dicho periodo al descubierto no sea imputable al propio usuario.

Igualmente, este beneficio se aplica para toda la población usuaria que hubiese cambiado de estatus en estas condiciones de servicio.

13.6 PREEXISTENCIA

Derivado de que son padecimientos que proceden de la Cobertura básica y la solicitud es para realizar actividades autorizadas por la Universidad para funcionarios y/o personal académico no aplica la preexistencia.

13.7 PAGO

El pago de las pólizas de seguro para el personal y/o beneficiarios que viajan en forma particular fuera del país se efectuará en su totalidad por el asegurado y se realizará de contado, “la compañía” debe otorgar la información fiscal y bancaria necesaria para realizar los depósitos correspondientes. El alta se realizará al momento en que el interesado solicite el alta de la cobertura (máximo 5 días previos a la fecha de inicio del viaje) y el pago deberá quedar aplicado antes del inicio de la vigencia de la póliza.



El Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) emitido por la empresa deberá cumplir con la legislación fiscal vigente el cual deberá ser entregado y requisitado correctamente con desglose del impuesto al valor agregado (I.V.A.).

13.8 CONTRATO

Instrumento jurídico anexo a estas bases, que formalizará los derechos y obligaciones entre la UNAM y el licitante adjudicado, las cuales se encuentran establecidas en el anexo técnico de la licitación, así como en las solicitudes, cuestionarios médicos, endosos que se agreguen, tabuladores de honorarios médicos y otros que amparan en esas condiciones a todos los usuarios que se encuentren dados de alta en este servicio.

13.9 OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en este servicio estuvieran amparadas total o parcialmente por este u otros seguros u otras Aseguradoras, el usuario no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del usuario presentar a la Administradora fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

Si las coberturas de este servicio estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta o en otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza de acuerdo al contenido de los artículos 100, 101 y 102 de Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13.10 ERRORES U OMISIONES

Los errores u omisiones tanto de la convocante como de la Administradora, en ningún caso lesionarán los derechos o intereses de los usuarios, aceptando la empresa Administradora las correcciones que la Convocante le efectúe por escrito, las cuotas, si las hubiera, se pagarán en el momento del ajuste, trimestral o final según se detecte el error o la omisión.

En aquellos casos en que se trate de conceptos o elementos de redacción sujetos a interpretación por parte de la Administradora, ésta conviene a que, en todo caso, la interpretación será aquella que favorezca a los usuarios o a la Convocante, según se trate.

13.11 COMPETENCIA

En caso de controversias o discrepancias en la aplicación de los términos y Condiciones del Servicio, el Usuario del servicio se someterá a un procedimiento de conciliación ante la Subdirección de Seguros y Gastos Médicos de la Dirección General de Personal de la UNAM, a fin de que a través de una amigable composición se busque llegar a un convenio conciliatorio. De no ser así, el usuario podrá presentar su inconformidad ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros en sus oficinas Centrales o Delegaciones.