



Centro de Enseñanza Técnica y Superior

- Seguro de Gastos Médicos Mayores
- Seguro de Pago de Colegiaturas
- Seguro de Muerte Accidental



Nota: Este folleto no es un contrato de seguros, sólo constituye un instrumento de información para los alumnos del Centro de Enseñanza Técnica y Superior.

En caso de dudas se recurrirá a la póliza original en poder del CETYS

Contenido

I	Definiciones	5
<hr/>		
II	Introducción	7
<hr/>		
III	Seguro de Gastos Médicos Mayores	9
	Gastos a cargo de la Aseguradora	11
	Enfermedades y tratamientos con periodos de espera	13
	Exclusiones a la cobertura básica	17
<hr/>		
IV	¿Qué hacer en caso de reclamación?	21
<hr/>		
V	Seguro de Pago de colegiaturas	25
<hr/>		
VI	Seguro de Muerte accidental	27
<hr/>		

Definiciones

1. Accidente

Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es).

2. Círculo Médico

Son los médicos, profesionistas, independientes, con quienes esta Aseguradora tiene celebrado un convenio en el que se especifica el nivel de honorarios que regularmente cobran cada uno de ellos.

3. Coaseguro

Cantidad que pagará el Asegurado del total de los gastos cubiertos por esta póliza una vez descontado el deducible contratado.

4. Deducible

Cantidad inicial que debe pagar el Asegurado por cada enfermedad o accidente cubierto por esta póliza.

5. Enfermedad o padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesionista independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

6. Gastos en franja fronteriza

Serán pagados en Moneda Nacional, al tipo de cambio libre del día en que se efectúa el gasto.

7. Padecimientos preexistentes

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

- Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato o alta del Asegurado en la póliza (según aplique), y/o;
- Que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato o a la fecha alta del asegurado a la póliza (según aplique), y/o;
- Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato o a la fecha alta del Asegurado a la póliza (según aplique), mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;

- Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato o alta del Asegurado en la póliza (según aplique), se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

8. SMGM

Salario Mínimo General Mensual vigente.



Introducción

Centro de Enseñanza Técnica y Superior

Todos sabemos que el **CETYS** es una de las mejores Instituciones de Enseñanza Superior del país, en la que además de recibir una verdadera formación como profesionista, aprenderá a desempeñar una función de bien para la sociedad.

Además, el **CETYS** se preocupa por ofrecerle protección y seguridad a lo largo de sus estudios. Para ello, bajo la coordinación del Área de Administración de Riesgos, ha contratado con GNP, un programa de seguros para garantizar la posibilidad de evitarle a su familia un desequilibrio económico. Este programa incluye el seguro de Gastos Médicos Mayores, seguro de Pago de colegiaturas y seguro de Muerte accidental, los cuales a continuación se describen.

Seguro de Gastos Médicos Mayores

Plan:	Premier 200
Círculo Médico:	Tempus
Suma asegurada:	1500 SMGM
Deducible por enfermedad:	2 SMGM
Coaseguro por enfermedad:	10%
Coaseguro Franja Fronteriza:	20%
Cláusula de Emergencias en el Extranjero	
Cirugía de Corrección Visual	
Conversión a Póliza de Gastos Médicos Individual	

Este plan se ha diseñado para cubrirle en todo momento, ofreciéndole las siguientes ventajas:

Nuestro plan cubre a lo largo del territorio nacional contando con una cláusula adicional de manera especial para alumnos del **CETYS** denominada Cláusula de Franja Fronteriza (CFF). Este beneficio especial consta de una ampliación de cobertura al extranjero con atención en las ciudades de Caléxico, El Centro, San Diego (California), Tucson, Phoenix (Arizona) El Paso, Mcallen, Brownsville , Laredo, e Hidalgo (Texas).

Es importante mencionar que los hospitales que se encuentran en esta zona podrán ser utilizados por nuestros Asegurados. La operación de esta cobertura será vía Reembolso aplicando el deducible contratado y un 20% de coaseguro.

En virtud de que Grupo Nacional Provincial constantemente está renovando el número de proveedores (médicos, hospitales, gabinetes, etc.) a nivel nacional y que con frecuencia se dan cambios en los números de teléfono de los proveedores en general, es importante y recomendable se verifiquen con Grupo Nacional Provincial o acercarse a el área de Servicios Estudiantiles **CETYS** ó su asesor HEBERTO ANTONIO CANO SANCHEZ.

Nota Importante: pregunte por los médicos que pertenezcan al Círculo Médico Tempus, o un círculo menor y hospitales en convenio con Grupo Nacional Provincial, ya que obtendrá valiosas ventajas, tales como trámite de pago directo y otros beneficios.

*SMGM: Salario Mínimo General Mensual vigente.

Nuestras coberturas inician el primer día de clases del semestre regular de acuerdo al calendario académico oficial del **CETYS** y le protege hasta el primer día de clases del semestre siguiente, es decir incluye periodo de vacaciones.

A través de este seguro, será posible recuperar una parte muy importante de los gastos que implica la atención médica, como son los honorarios, medicinas, gastos de hospitalización, etc.

Dicha recuperación será siempre en Moneda Nacional.

La Suma asegurada que tiene derecho para cada evento cubierto por la póliza, así como el deducible y coaseguro a aplicar, serán los que se indican en el resumen de coberturas de este folleto, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

En caso de accidente, la Aseguradora reembolsará el 100% de los gastos cubiertos por la póliza hasta el máximo de la Suma asegurada, siempre y cuando se efectúe el primer gasto dentro del periodo de 10 días siguientes de sucedido el siniestro; de no ser así, el siniestro se considerará y se liquidará como enfermedad.

En caso de Asalto al asegurado, se atenderá bajo condiciones de Accidente.

En caso de enfermedad, se reembolsará la cantidad que resulte de disminuir a los gastos cubiertos por la póliza, el deducible y restar a la diferencia el coaseguro correspondiente. En caso de que la atención sea en hospital del plan contratado y el médico pertenezca al círculo médico TEMPUS, o un círculo menor, (o el médico no pertenezca al círculo médico de GNP mas sin embargo se ajuste a dicho tabulador) se eliminarán el deducible y coaseguro contratados.*

Penalización por acceso a hospitales de superior al contratado.

Sí el asegurado decide acudir a un hospital que no se encuentre clasificado dentro del plan contratado, participará con 20 puntos porcentuales, adicionales al coaseguro elegido sobre los gastos de hospitalización, por cada nivel de hospital que ascienda; para este porcentaje no aplica el tope de coaseguro.

En caso de que el Asegurado participe con un coaseguro adicional al contratado, dicha participación no será acumulable para el tope de coaseguro antes mencionado.

Si la póliza se renueva anualmente y sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad y/o accidente sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, conservando las condiciones del plan vigente en el momento del primer gasto o fecha de inicio de signos y síntomas por atención de la enfermedad y/o accidente.

Para poder cancelar este seguro, deberá presentar alguna póliza con las mismas características, dentro de la misma semana de inscripciones.

Gastos a cargo de la Aseguradora

Son aquellos que conforme a las condiciones de este Contrato, resulten procedentes de la atención médica tales como:

1. Hospital, clínica o sanatorio, considerados dentro del plan Premier 200 o menor, en el cual se lleve a cabo el tratamiento médico necesario para restablecer la salud del Asegurado. Comprenden el costo de un cuarto privado estándar, alimentos y paquete de admisión.
2. Costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.
En caso de operar la Cobertura de Franja Fronteriza la cama extra no está cubierta.
3. Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionadas con el padecimiento cubierto y autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional. Para el reembolso, se deberá presentar la factura a nombre del Asegurado o del Asegurado titular de la póliza y las recetas correspondientes.
4. Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico se pagarán de acuerdo a:
 - a) Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Círculo Médico contratado, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación del tabulador convenido. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Para tal efecto deberá identificarse como Asegurado con el médico
 - b) Si se trata de consulta hospitalaria y/o terapia intensiva, la compañía solo pagará una visita por día por especialista con base en los montos económicos y políticas de aplicación del tabulador convenido independientemente de las complicaciones que pudiera haber.
 - c) Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Círculo Médico Tempus, serán cubiertos considerando como tope el tabulador establecido para el plan contratado. En caso de existir diferencias, éstas quedarán a cargo del Asegurado.
 - d) Los honorarios médicos por concepto de rehabilitación física serán por sesión por día.
 - e) Los honorarios de los médicos se pagarán de acuerdo al tabulador establecido por GNP con base al lugar donde se haya recibido la atención. Las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, se encuentran incluidas dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

* En caso de que el médico pertenezca a un Círculo mayor o que no pertenezca a algún Círculo Médico pero que se ajuste al tabulador del Círculo Médico TEMPUS aplica el beneficio de eliminación de deducible y coaseguro.
5. Honorarios de enfermeras independientes legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre que sus servicios hayan sido prescritos por el médico tratante y hasta un periodo máximo de 30 días ó 720 horas por enfermedad o accidente con sesiones mínimas de 8 horas. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos que forma parte de la póliza y de acuerdo al plan contratado.
6. Sala de operaciones, recuperación y curaciones.
7. Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el médico anesthesiólogo.

8. Transfusiones sanguíneas, aplicación de plasma u otros componentes de la sangre, así como las pruebas de compatibilidad correspondientes al número de paquetes sanguíneos que reciba el Asegurado. De igual forma, quedan cubiertas las soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.
9. Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
10. Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología que comprenden estudios desde la biometría hemática o estudios de rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas hasta la utilización de estudios de punta como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética o los estudios con isótopos radioactivos y cualquier otro estudio necesario que haya sido utilizado para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de una enfermedad o accidente amparada por esta póliza. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y la enfermedad o accidente esté cubierto por la póliza y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.
11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, excepto lo expresamente excluido.
12. A) Ambulancia de traslado terrestre (independiente del servicio de Médica Móvil), dentro de la localidad donde se atiende la enfermedad o accidente y como consecuencia del siguiente evento:
 - Para traslados del hospital al domicilio y del domicilio al centro de atención, siempre y cuando sean médicamente necesarios
12. B) Ambulancia aérea en caso de urgencia médica. GNP cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de este servicio en territorio nacional, siempre y cuando éste se requiera como consecuencia de una urgencia médica de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

Si el Asegurado cuenta con el beneficio de Médica Móvil, podrá operar el sistema de pago directo y en caso de optar por otra empresa, los gastos se cubrirán vía reembolso. El paciente debe ser estabilizado médicamente, en tanto el personal médico de Médica Móvil llega al lugar (hospital, clínica, domicilio) para trasladarlo. Cabe señalar que Médica Móvil no proporciona servicios de rescate.

En ambos casos se aplicará un coaseguro del 20%. Este coaseguro es independiente del tope máximo definido en el apartado de Gastos a cargo del Asegurado.

GNP cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.

13. Gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte, excepto lo expresamente excluido.
14. Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia, y quimioterapia prescritos por el médico tratante.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

16. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente.
17. Cirugía de corrección visual. Se cubre cirugía de corrección visual, queratotomías radiadas y similares con un mínimo de 5 dioptrías por ojo, con una suma asegurada de \$15,000.00 sin deducible ni coaseguro. Opera con límite de un evento por vigencia
18. Cobertura de Daño Psiquiátrico.

Se amparan hasta 15 consultas por vigencia para tratamiento psiquiátrico, la cual opera de acuerdo a las condiciones que a continuación se indican

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

- a) haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.
- b) como consecuencia de las siguientes enfermedades:
 - cáncer (cualquier tipo en fase terminal).
 - accidente vascular cerebral (con hemiplejías).
 - infarto del miocardio (discapacitante).
 - insuficiencia renal (en hemodiálisis y programa de trasplante renal).
 - intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias (con secuelas discapacitantes).
- c) si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, compruebe que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos: asalto, secuestro o violación.

Los honorarios del médico se pagarán de acuerdo al tabulador del plan contratado; se aplicará un deducible de 2 SMGM y coaseguro del 10%. Ésta cobertura solo se brindará en la República Mexicana.

19. Vuelos no comerciales. Se ampara accidentes sufridos a bordo de aeronaves no comerciales siempre y cuando no exceda 100 horas de vuelo anuales.
20. Cobertura de Motociclismo. Se ampara los gastos ocasionados por accidentes de motociclismo al ser utilizado como medio de transporte. Siempre y cuando se cumplan las disposiciones del reglamento de tránsito. (Uso de casco, viajar sólo el número de personas indicadas en la tarjeta de circulación, respetar las señales de tránsito, entre otras).

Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

21. El Asegurado deberá cumplir con al menos 12 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir circuncisión y sus complicaciones siempre y cuando sea médicamente necesaria.
22. El Asegurado deberá cumplir con al menos 48 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir el siguiente padecimiento:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo. Durante este mismo periodo, no se cubrirán los gastos de diagnóstico para detectar el virus.

No aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera para el padecimiento arriba mencionado.

Beneficios adicionales

1. Emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos

Con este beneficio, cubrirá en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier urgencia médica por la complicación de los tratamientos y/o estudios de prevención de los siguientes conceptos, hasta la recuperación de la salud del Asegurado o hasta el límite de Suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

- a) Tratamientos estéticos y de calvicie.
- b) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
- c) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- d) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.
- e) Estudios de prevención: exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud o check-ups.
- f) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, aunque sean proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos. En caso de no existir urgencia médica prevalecen las condiciones de la Cobertura básica, mismas que las excluyen.

Exclusiones:

- a) De los conceptos antes descritos en los incisos “a” al “f”, aquéllos que sean preexistentes a la contratación de esta póliza.
- b) Exclusiones a la Cobertura básica que no correspondan a lo descrito en los incisos “a” al “f” citados

Para hacer válida esta cobertura se deberá cumplir con los periodos de espera establecidos para los padecimientos que lo requieran.

La Suma asegurada para esta cobertura es de \$500,000.

En caso de recibir la atención médica en territorio extranjero se aplicará el equivalente a la Suma asegurada en pesos, convertida al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, pagaderas en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, de la fecha en que se hicieron los gastos, en este caso se aplicarán las políticas de la Cláusula de atención en el extranjero.

Los gastos procedentes para efectos de esta cobertura, se determinarán descontando al total de los gastos erogados por el Asegurado, el costo determinado por la Aseguradora para el(los) tratamiento(s) efectuado(s) de acuerdo al plan contratado. Del mismo modo, se descontarán los gastos originados por conceptos que normalmente no están cubiertos por esta póliza.

Para este beneficio aplica deducible y coaseguro contratado en la Cobertura básica.

2. Padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza

Con esta cobertura, la Aseguradora cubrirá los gastos originados por los padecimientos congénitos que presenten Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y que cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas en la Cobertura básica.

3. Padecimientos preexistentes

Se hace constar que los asegurados de la presente póliza cuentan con la cobertura de preexistencia a partir de la fecha de antigüedad reconocida para cada asegurado en GNP y con una suma asegurada de 600 SMGM.

Esta cobertura no aplica para SIDA ni para padecimientos congénitos.

4. Cláusula de emergencia médica en el extranjero

Para que pueda surtir efecto esta cláusula, el asegurado deberá presentar una urgencia médica tal y como se define en el Contrato y ajustarse a los términos y condiciones siguientes:

1. La Suma Asegurada máxima es el equivalente en Moneda Nacional a \$50,000.00 Dólares.
2. El asegurado tendrá a su cargo un Deducible equivalente en Moneda Nacional a \$50.00 Dólares. No se aplica coaseguro.
3. Para el pago de la reclamación, la aseguradora siempre aplicará el Tabulador UCR, (Usual, Customary and Reasonable) de Uso Común, Acostumbrado y Razonable del país donde se atiende la urgencia médica.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura, en vez que se establezca y controle la condición de urgencia médica del asegurado, al expedirse el alta del Servicio de Urgencias o de la Hospitalización, únicamente por la causa que da origen o hasta que se agote la suma asegurada, lo que ocurra primero.

Definición de Emergencia Médica: Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Exclusiones de CEE:

Esta cobertura no aplicará en caso de:

- 1. Complicaciones por enfermedades preexistentes sin importar su origen y tiempo de aparición.**
- 2. Parto o Cesárea, cualquiera que sea su causa o complicación.**
- 3. Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- 4. Tratamientos de Rehabilitación.**
- 5. Ningún estudio o Cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la Urgencia Médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del asegurado.**
- 6. No se pagarán gastos originados por accidentes y/o enfermedades ocurridas en la República Mexicana o en otro país diferente a donde fue atendida originalmente la Urgencia Médica, sus consecuencias o complicaciones, sean éstas o no el motivo de la estancia o del viaje.**

Nota: La aseguradora pagará la indemnización en Moneda Nacional al tipo de cambio a la Venta, estipulado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación para esa Moneda y considerando como fecha aquella en que se haya erogado el gasto.

5 Cláusula de conversión a póliza de gastos médicos individual

Se ampara el beneficio de conversión a póliza de Gastos Médicos Individual, con periodo de espera de 6 meses de cobertura continua en la póliza de grupo.

El plan, suma asegurada, tabulador de honorarios médicos, nivel de hospitales, deducible, coaseguro y coberturas opcionales serán los más similares a los productos vigentes de gastos médicos mayores individuales con que cuenta GNP.

Una vez emitida la póliza individual, el asegurado deberá pagar la prima que corresponda a su edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, actividades actuales y al plan que le corresponda.

Límite máximo de responsabilidad:

Si la póliza individual contratada se renueva anualmente y sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos sin que se aplique un periodo máximo de cobertura, de aquellas reclamaciones pagadas durante la cobertura de grupo hasta el remanente de la suma asegurada con tope de \$1,000,000.00.

En el pago de las reclamaciones originadas durante la cobertura de grupo, se considerará cubierto el deducible por parte del asegurado y aplicará la política vigente de coaseguro de la póliza individual contratada.

La antigüedad generada en GNP u otras compañías de seguro quedará reconocida en la póliza individual con el fin de reducir los periodos de espera en el pago de reclamaciones.

Requisitos.

El asegurado deberá solicitar el seguro individual durante el periodo de 30 días posteriores a la fecha de baja del grupo o colectividad asegurada debiéndose presentar la siguiente documentación:

1. Solicitud de seguro individual.
2. Documento(s) que compruebe el término de estudios o baja del asegurado de la agrupación, proporcionado por el Cetys.
3. Antigüedad comprobable mayor a 180 días del asegurado con la cobertura de conversión a individual.

Si el solicitante está interesado en una cobertura diferente a la que Le corresponde por la póliza del grupo al que pertenecía, el cambio solicitado quedará sujeto al dictamen de suscripción correspondiente de acuerdo a la política de cambio de plan vigente de GNP.

A

Exclusiones a la cobertura básica

Esta póliza NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

Por no considerarse médicamente necesarios:

- **Padecimientos preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto lo específicamente mencionado en la Cobertura de preexistencia.**
- **Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza.**
- **Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, independientemente de sus causas u orígenes.**

- **Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.**
- **Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**
- **Acompañantes en el traslado y estancia del Asegurado como paciente en hospitales, ni aquellos que no formen parte de la unidad de traslado (incluido el médico tratante), al igual que los gastos que se deriven de gestiones administrativas por estas causas.**
- **Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos de tipo estéticos y de calvicie.**
- **Tratamientos dietéticos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
- **Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil; aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- **Curas de reposo, check ups, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación.**
- **Gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donador (es) de órgano (s); así como traslado de los donadores.**
- **Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.**
- **Anteojos, lentes de contacto externos o internos, prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.**
- **Prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.**
- **Queda excluido el lente intraocular, SOLO queda cubierto para el procedimiento de cirugía por Facoemulsificación.**
- **La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios o se encuentren prescritas por el médico tratante.**

- **Vendas elásticas y/o medias comprensivas, aunque sean médicamente necesarias o se encuentren prescritas por el médico tratante.**
- **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en el apartado de Gastos a cargo de GNP.**
- **Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- **Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos).**
- **Estudios, diagnósticos, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, lenguaje o audición aún a consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertos, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis. Estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias.**
- **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.**
- **Tratamientos experimentales o de investigación.**
- **Enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción.**
- **Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**
- **Enfermedades y/o accidentes resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
- **Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquéllos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.**
- **Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.**

- **Lesiones o padecimientos que el Asegurado sufra cuando participe de forma directa en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.**
- **Padecimientos resultantes de la práctica de los siguientes deportes: box, box thai, lucha libre, artes marciales mixtas, Kick Boxing en cualquiera de sus modalidades, aun cuando se practiquen de manera ocasional y no profesional.**
- **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave.**
- **Siniestros que administre o pague un tercero no autorizado por GNP para hacerlo.**
- **Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
- **Interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
- **Tratamientos basados en medicina alternativa o complementaria, con beneficio incierto o con fines preventivos.**
- **Cámara hiperbárica, salvo lo estipulado en el apartado de Gastos a cargo de GNP.**
- **Gastos por productos dermatológicos, aunque sean médicamente necesarios o se encuentren prescritos por el médico tratante.**
- **Bridas o adherencias con antecedente de procedimientos quirúrgicos abdominales previos a la contratación de la póliza.**
- **Cualquier tipo de estudio o tratamiento derivado de padecimiento de Diástasis de recto.**
- **Parto, cesárea y/o complicaciones del embarazo.**

¿Qué hacer en caso de reclamación?

Actualmente se manejan tres formas para el pago de reclamaciones:

- A. Programación de cirugías y tratamientos médicos
- B. Reporte desde el hospital
- C. Reembolso

A. Programación de cirugías y tratamientos médicos

Si usted y su médico programan una Cirugía o Tratamiento médico (incluyendo Cirugías Ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital), obtiene grandes beneficios como:

- **Conocer con anticipación si su tratamiento está o no cubierto**
- **No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes, ya que su seguro paga directamente al hospital en convenio y a los especialistas del Círculo Médico. En caso de que su médico no pertenezca al Círculo Médico Tempus, se autorizará el tabulador contratado.**
- **Solamente quedarán a su cargo el deducible y coaseguro de acuerdo a las políticas de aplicación de los mismos, así como gastos personales.**

Llame a Asistencia Línea Azul, donde le informarán sobre especialistas del Círculo Médico Tempus y de los hospitales en convenio que usted eligió o consúltelos en Internet en gnp.com.mx

1. Requisitos para Programar su Cirugía y/o Tratamiento médico.

- El médico que le atienda deberá llenar el Informe Médico. En caso de que en la cirugía intervengan dos o más médicos, deberá entregar un Informe Médico por cada uno de ellos.
- Usted deberá llenar el Aviso de Accidente o Enfermedad de Programación de Cirugía.
- Presentar estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete y su interpretación.
- Proporcionar nombres de los integrantes del equipo médico o quirúrgico, el Registro Federal de Contribuyentes de cada uno de ellos y los teléfonos, radio o teléfono celular donde puedan ser localizados.

- Presentar presupuesto desglosado por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.
 - Indicar claramente el número de sesiones de que consta el tratamiento médico o quirúrgico.
 - Recuerde que la programación procede únicamente si el monto total del tratamiento o cirugía es mayor al deducible de su póliza.
2. Entregue la documentación, al menos CINCO DÍAS HÁBILES antes de su Cirugía en el Departamento de Servicios Estudiantiles de CETYS de su campus, en las oficinas de GNP o en las oficinas de su agente HEBERTO ANTONIO CANO SANCHEZ.
 3. Al recibir su documentación le entregarán un número de folio y un comprobante donde se le informa cuándo le entregarán la respuesta a su solicitud.
 4. Si su solicitud es aprobada, le entregaremos su Carta Pase CINCO DÍAS HÁBILES después de haber recibido su documentación. Esta Carta Pase asegura exclusivamente el pago de los servicios solicitados. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la no procedencia.
 5. Entregue la Carta Pase en el hospital el día que ingrese y siga este procedimiento:
 - Original para el Departamento de Admisión
 - Una copia para su médico o Caja de Médicos
 - Conserve una copia para usted
 - Le recomendamos programar su cirugía o tratamiento médico con anticipación, ya que en ocasiones los hospitales se saturan y no hay disponibilidad de cuartos. Usted o su médico pueden hacer la reservación oportunamente en el hospital.
 - Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía o tratamiento, consulte la Sección de Reembolso.

B. Reporte desde el hospital

Este sistema consiste en que el Asegurado reporte a la Aseguradora su ingreso al hospital, mismo que debe estar en convenio con Grupo Nacional Provincial, para obtener el beneficio de pago directo. Este sistema opera únicamente en estancias mayores 24 hrs.

Procedimiento para el trámite:

- Deberá presentar en admisión su Tarjeta Línea Azul, identificación oficial con fotografía y credencial del CETYS.
- Deberá proporcionar todos los datos que se le soliciten en el hospital que ingrese.
- El hospital puede solicitar la firma de un pagaré al ingresar al hospital, el cual se devolverá cuando la Aseguradora determine la procedencia de la reclamación.
- El hospital se comunicará con Grupo Nacional Provincial para notificar y verificar su ingreso proporcionándole la información recibida.
- Recuerde que la programación procede únicamente si el monto total del tratamiento o cirugía es mayor al deducible de su póliza.

La Aseguradora asignará un médico asesor para revisar el caso y así dictaminar la aceptación o rechazo de la reclamación, entregando por escrito la confirmación del dictamen tanto al Asegurado como al hospital.

Para obtener el servicio de Pago directo, deberá considerar los siguientes puntos:

- Que su médico pertenezca al Círculo Médico Tempus, o un Círculo menor y el hospital esté en convenio.
- Reportar de inmediato a Grupo Nacional Provincial su ingreso al hospital, llamando a Línea GNP

Observaciones

Para recibir información que le orientará sobre los distintos hospitales, médicos y demás proveedores en convenio (y de otras entidades como farmacias, laboratorios, rayos X, etc., en donde obtendrá atractivos descuentos), así como la forma para proceder a su trámite, deberá comunicarse a Línea GNP con servicio las 24 horas de cualquier día de la semana, incluyendo días festivos o bien consultar la página de internet www.gnp.com.mx



C. Reembolso

Este sistema aplica cuando usted ha pagado directamente a los prestadores de servicios médicos para cubrir gastos originados por una enfermedad o accidente cubiertos por su póliza.

Para procesar ágilmente su reembolso, le pedimos que siga estos pasos:

1. **Presentar originales de comprobantes de pago a nombre del Asegurado afectado o bien a nombre del Asegurado titular en caso de ser menor de edad:** facturas del hospital anexando el detalle desglosado de gastos (comanda), recibos de honorarios médicos (incluir Cédula Profesional), facturas desglosadas de farmacia con receta, estudios de laboratorio y gabinete, la factura de los estudios debe venir desglosada por cada uno de los estudios realizados, al igual que todo gastos erogados fuera del hospital, ambulancia, etc.

Todos los comprobantes deben cumplir con los requisitos fiscales, en ningún caso es posible reembolsar gastos que no estén a nombre del Asegurado afectado o bien del Asegurado titular en caso de ser menos de edad; en este caso deberá especificar el nombre del paciente.

2. Llenar y presentar firmados (por usted y el médico tratante) la forma de **Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico, totalmente requisitados.**

3. Solicite a su médico una **Historia Clínica**. Si estuvo hospitalizado, obtenga una fotocopia del **Expediente Clínico del Hospital**. Adjunte estos documentos a su reclamación.

4. Entregue todos los resultados de análisis y estudios de gabinete con su interpretación (pruebas de laboratorio, estudio histopatológico, tomografías, radiografías, resonancia magnética, etc.).

5. Si en su caso intervinieron autoridades legales, presente copias del Acta del Ministerio Público.
6. Si presenta dos reclamaciones simultáneas, entregue un Informe Médico y un Aviso de Accidente o Enfermedad por cada Asegurado o Padecimiento. Anexe a cada expediente sus respectivos gastos.
7. Si recibió atención médica de diferentes especialistas para un mismo tratamiento médico o cirugía, solicite a cada uno de ellos un Informe Médico por separado. Estos Informes Médicos individuales le serán solicitados cuando presente su reclamación.

Observaciones

1. Todo comprobante de gastos tiene una vigencia de 2 años para ser reclamado.
2. En caso de accidentes que involucren tratamiento de nariz o dentales, deberá anexar las radiografías correspondientes.
3. En caso de medicamentos adquiridos fuera del hospital, se deberá presentar el comprobante desglosando cada medicamento y anexando la receta del médico tratante.
4. Si el hospital o médico le expide un recibo por el total de la cuenta, favor de solicitarle el desglose del costo de cada uno de los conceptos (cuarto, honorarios médicos, consultas, anesthesiólogos, etc.), ya que, en caso contrario, se le solicitará posteriormente y esto ocasionará demora en el trámite.
5. Si presenta dos reclamaciones simultáneas, **entregue un informe Médico y un Aviso de Accidente o Enfermedad** por cada padecimiento. Anexe a cada expediente sus respectivos gastos.
6. No se reembolsarán pagos por donativos a Instituciones de Beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.
7. Para reclamaciones complementarias presentar informe médico actualizado cada seis meses.
8. Los reembolsos serán por transferencia bancaria por lo que se deberá entregar el formato único bancario, copia estado de cuenta bancaria y una identificación oficial vigente.

Presentación de documentos:

Dirección de Servicios Estudiantiles del CETYS

Teléfono	Campus
686-567 3740	Mexicali
664-903-1800 Ext. 200	Tijuana
646-174 5095 Ext. 119,145 y 149	Ensenada



Seguro de Pago de colegiaturas

Este seguro cubre la colegiatura de los meses y semestres que le falten por cursar al fallecer el padre o tutor.

En caso de que llegara a fallecer el padre o tutor, estos gastos quedarán cubiertos hasta que termine el Bachillerato y Licenciatura.

Procedimiento para el trámite de reclamaciones

Deberá llenar con claridad y amplitud las formas oficiales de Grupo Nacional Provincial, anexando la siguiente documentación:

- ⌘ Acta de nacimiento original del alumno o copia certificada.

También deberá anexar la siguiente documentación relativa al padre o tutor y colegiaturas pagadas:

- ⌘ Acta de defunción original o copia certificada.
- ⌘ Acta del ministerio público respectivo y actuaciones completa en caso de muerte accidental.
- ⌘ Historia Clínica completa.

*Observaciones importantes:

- ⌘ Es importante que indique en su solicitud de primer ingreso al CETYS el nombre del padre o tutor que sostiene el pago de sus estudios; si esta persona ya no es la misma, es necesario que se dé aviso por escrito al área correspondiente del CETYS, de otra manera el seguro no tendrá validez.
- ⌘ Esta cobertura inicia el primer día de clases del semestre regular de acuerdo al calendario académico oficial del CETYS y le protege hasta el primer día de clases del semestre siguiente.
- ⌘ El beneficio de este seguro no es transferible a otras personas o Instituciones Educativas.
- ⌘ Solo quedará cubierta la cuota de inscripción y la colegiatura.



- ⌘ El beneficio de este seguro cubre periodos regulares de estudio, por lo que los cursos de verano serán por su cuenta.
- ⌘ En caso de que haya reprobado materias, o llevado menor carga a la estipulada, a partir de la fecha de fallecimiento del padre o tutor, correrá por su cuenta el gasto correspondiente a ellas.
- ⌘ En caso de interrupción de estudios y para continuar gozando de este beneficio, es requisito indispensable que dé aviso por escrito al CETYS de dicha interrupción, además de reanudarlos en un plazo que no exceda de un año.
- ⌘ No está cubierto cualquier adeudo anterior a la fecha del fallecimiento del padre o tutor.
- ⌘ Esta cobertura es aplicable a alumnos de Bachillerato y Licenciaturas
- ⌘ Los cambios de carrera, de plan de estudios y retrasos, correrán por cuenta del alumno.

Exclusiones Importantes

- 1. Este seguro sólo es válido si el padre o tutor no excede 70 años de edad al momento en que haya contratado el seguro por primera vez.**
- 2. En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado Individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado. GNP solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro de la Colectividad Asegurada al cual corresponda el Certificado Individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.**
- 3. La cobertura del seguro no tendrá efecto en caso de fallecimiento a consecuencia de cualquier padecimiento preexistente, iniciado o diagnosticado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.**

Seguro de Muerte accidental

El programa de seguros le ofrece un beneficio por muerte accidental con una Suma asegurada de \$30,000.00 M.N. que le cubre sólo en caso de fallecimiento por Muerte accidental, con cobertura las 24 hrs., del día en cualquier parte del mundo. Esta cobertura inicia el primer día de clases del semestre regular de acuerdo al calendario académico oficial del CETYS y le protege hasta el primer día de clases del semestre siguiente.

Procedimiento para el trámite de reclamación por Muerte accidental.

Llenar con claridad y amplitud las formas oficiales de Grupo Nacional Provincial, anexo la siguiente documentación:

- ⌘ Acta de nacimiento original o copia certificada.
- ⌘ Acta de defunción original o copia certificada.
- ⌘ Copia certificada del acta del Ministerio Público.

Beneficios Adicionales

Se incluye el beneficio de Pago Directo de Gastos Médicos por accidente hasta \$6,000.00 M.N., con deducible de \$250.00 M.N. operando en los siguientes hospitales asignados por Grupo Nacional Provincial:

Mexicali: Hospital Hispanoamericano y Hospital de la Familia
Tijuana: Hospital del Prado.
Ensenada: Hospital Velmar.

Exclusiones

- 1. Muerte por envenenamiento o inhalación de gas de cualquier clase, u homicidio, excepto cuando se demuestre que fue de origen accidental.**
- 2. Suicidio, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**

3. **Muerte causada por riñas, con provocación por parte del asegurado, u ocurrida estando el Asegurado bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar.**
4. **Muerte al presentar el servicio militar o naval en tiempo de guerra, revolución, rebeliones, insurrecciones o actos de vandalismo.**

Directorios

Si usted desea consultar el Directorio de Hospitalares, el Directorio de Círculos Médicos, Directorio de Servicios Auxiliares (proveedores médicos que le ofrecerán precios preferenciales en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc.) y/o Tablas de Honorarios Médicos podrá hacerlo de las siguientes maneras:

1. En Internet en la dirección electrónica: **gnp.com.mx**. Para que su consulta sea más fácil y rápida es importante que tenga a la mano su **Tarjeta Línea Azul** y siga los siguientes pasos:
 - a. Seleccione el directorio médico ubicado en la barra inferior azul del portal.
 - b. Seleccione el tipo de directorio a consultar.
 - c. Una vez seleccionado el Directorio a consultar, deberá llenar los datos solicitados, incluyendo el plan que contrató, el cual encontrará en **su Tarjeta Línea Azul (1)**



- d. Después de llenar los datos solicitados deberá dar click en el botón de “buscar”, y automáticamente se desplegará el resultado de la búsqueda requerida.
2. También podrá consultar los Directorios con tan sólo llamar a **Línea GNP** a los siguientes números telefónicos:

Línea GNP 5227 9000 Ciudad de México
01 800 400 9000 Interior de la República
gnp.com.mx

ESTE FOLLETO NO ES UN CONTRATO DE SEGUROS, SÓLO CONSTITUYE UN INSTRUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZA TÉCNICA Y SUPERIOR. EN CASO DE DUDAS SE RECURIRÁ A LA PÓLIZA ORIGINAL EN PODER DEL CETYS