

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LA RAMA SUSTANTIVA, ASÍ COMO AQUELLAS SEÑALADAS EN EL MANUAL QUE REGULA LAS REMUNERACIONES DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Definiciones:

Aborto involuntario	Es la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario para la persona Asegurada y su realización se acredita mediante los correspondientes estudios de laboratorio y/o de gabinete.
Accidente de trabajo	Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente, así como aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de su domicilio o del sitio donde pernocta por comisión al lugar que desempeñe su trabajo o viceversa.
Accidente cubierto	Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y/o violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada que produce lesiones corporales y que requiere atención médica inmediata o dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen y se encuentre amparado en los términos de las Condiciones Generales de la póliza.
Aparatos ortopédicos	Aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren de un padecimiento cubierto por el seguro o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, silla de ruedas, entre otros).
Apoyo económico adicional	Apoyo adicional que se otorga únicamente al Asegurado Titular en servicio activo que haya agotado la suma básica y en su caso la potenciada contratada, a consecuencia de los gastos que se generen por concepto de hospitalización, medicamentos, prótesis, terapias y de rehabilitación que se deriven por un siniestro ocurrido en cumplimiento del deber y por el ejercicio de las funciones sustantivas, previa autorización del área responsable de la FGR, quedando excluidas las enfermedades generales, crónico-degenerativas, así como los padecimientos preexistentes.
Asegurado	Persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente amparado por la póliza del Seguro de Gastos Médicos Mayores y que forma parte de la colectividad asegurada.
Asegurado No Titular	Persona que para efectos del Seguro de Gastos Médicos Mayores es designada mediante trámite oficial por el Asegurado Titular, como su cónyuge por matrimonio, concubina/o, o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, menores de 85 años al inicio de la vigencia del contrato; hijos (as) menores de 25 años de edad al inicio de la vigencia del contrato, y ascendientes (padre y/o madre) del Asegurado Titular, menores de 85 años al inicio de la vigencia del contrato, para quedar amparados en los términos de las Condiciones del contrato del seguro. Si durante la vigencia del contrato los "Asegurados No Titulares", llegasen a cumplir el límite de edades antes señalado, continuarán asegurados hasta el término de la vigencia de la póliza.
Asegurado Titular	Persona servidora pública al servicio de la Fiscalía General de la República y que pertenece a la colectividad asegurada.
La Aseguradora	Institución de seguros a la que se adjudique el contrato.
Caso fortuito o de fuerza mayor	Hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre que no se haya dado causa o contribución a ellos.
Carta Pase o Carta Autorización	Documento que emite la Aseguradora para la programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos, con el que autoriza el pago directo para liquidar los servicios que son prestados por médicos y hospitales de la Red Médica, para la atención médica o ingreso a un hospital de la persona Asegurada, a causa de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, el cual es

	entregado en el área de admisión del hospital, al médico tratante o al proveedor del servicio correspondiente.
Casos Especiales	Siniestros en los que el Asegurado Titular requiere de apoyo económico adicional para cubrir los gastos de la intervención médica, cirugía, hospitalización, medicamentos, prótesis, terapias, tratamientos y rehabilitación que deriven inmediata y directamente del hecho sucedido, únicamente cuando sean lesionados en el cumplimiento de su deber, vinculado a la naturaleza de sus actividades, y que por esta razón hayan agotado la suma asegurada básica y en su caso la potenciada contratada para su atención médica, quedando excluidas las enfermedades generales, crónico-degenerativas y padecimientos preexistentes.
Centros de atención	Instalaciones de la Aseguradora o promotorías en la República Mexicana, a través de las cuales las reclamaciones de siniestros de las personas aseguradas serán atendidas, y se proporcionará el servicio de reembolso (incluyendo las instalaciones de las Aseguradoras o módulos hospitalarios).
Centro de Atención Telefónica (CAT)	Departamento especializado en realizar y recibir llamadas telefónicas de las personas aseguradas para la atención de siniestros, reportes de ingresos y altas hospitalarias, orientación para trámites, orientación sobre la Red Médica, entre otros.
Certificado individual	Documento que emite la Aseguradora para cada Asegurado Titular de manera digitalizada.
Cesárea	Son los gastos que se derivan de una operación prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, siempre que resulte necesaria para resolver un embarazo, quedando cubiertos los honorarios de los médicos que intervienen y los gastos de hospitalización.
Coaseguro	Porcentaje con el que participa la persona Asegurada en cada reclamación, que es aplicado al monto total de los gastos cubiertos, una vez descontado el deducible, de acuerdo con las condiciones establecidas. Para personas Aseguradas Titulares, en caso de que el accidente ocurra en cumplimiento del deber, no aplicará el cobro del coaseguro.
Colectividad Asegurada	Grupo de personas que cuentan con la protección del seguro de Gastos Médicos Mayores a través de la Póliza contratada y que considera a los Asegurados titulares y No titulares, conforme se establece en el Manual de remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio de la FGR.
Colectividad Inicial	Es el documento que contiene los datos y el número de personas aseguradas en la póliza que se encuentra vigente al momento de realizar el proceso de licitación, y representa la base sobre la cual los licitantes participantes deben calcular y presentar sus propuestas económicas.
Consentimiento individual	Consentimiento voluntario que la persona servidora pública expresa oficialmente a través del formato denominado " <i>Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo</i> ", el cual considera la designación de beneficiarios y, en su caso, la elección de incremento de la suma asegurada (potenciación), con cargo al trabajador, el cual se tramita ante la Coordinación Administrativa, Subcoordinación de Apoyo a la Labor Sustantiva, Enlace de Gestión o área homóloga, a través del Módulo de Gastos Médicos Mayores del Sistema de Información y Administración de Recursos Humanos (SIARH).
Contratante	Fiscalía General de la República (FGR).
Contrato	Instrumento jurídico a través del cual la Aseguradora se obliga a prestar el servicio conforme a los requisitos pactados, mediante el cobro de una prima.
Cotizador	Simulador desarrollado por la Aseguradora, de fácil acceso y comprensión con el propósito de que los Asegurados puedan calcular el costo de las primas por el incremento de la suma asegurada (potenciación) o la inclusión de ascendientes de acuerdo con el código y nivel del puesto que tenga asignado.
Cuarto privado estándar	Cuarto de hospital, clínica o sanatorio, que deberá contar con teléfono, televisión, baño y alimentos incluidos para el Asegurado.
Cumplimiento del deber	Cumplimiento de obligaciones y ejercicio de facultades y atribuciones en el desempeño de las funciones y actividades de un cargo público o comisión asignada en correlación con dicho cargo.

	El Cumplimiento del deber de la persona servidora pública que esté involucrada en un siniestro, deberá ser acreditado mediante oficios de comisión y/o la documentación correspondiente que proporcione la unidad administrativa responsable, con la que se demuestre que el evento aconteció a consecuencia del desarrollo de las actividades oficiales que la persona tiene asignadas dentro de la Institución.
Deducible	Cantidad a cargo del Asegurado que debe pagar en cada siniestro a causa de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones establecidas.
Emergencia o urgencia médica	Situación que requiere la atención médica inmediata a causa de enfermedad o accidente cubierto por la póliza ocurridos de manera repentina y que ponen en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos.
Endoso	Documento que modifica y/o adiciona de forma particular las condiciones generales del contrato de seguro.
Enfermedad cubierta	Alteración en la salud del Asegurado debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico y se encuentre amparada en los términos de las Condiciones de la póliza.
Evento	Afectación a causa de una enfermedad o accidente que sufre un Asegurado, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones derivadas de éstos.
Fecha de antigüedad	Fecha a partir de la cual el Asegurado cuenta con la protección de una póliza de gastos médicos mayores, en forma individual o colectiva, con cualquier Aseguradora y servirá para reducir o eliminar periodos de espera, siempre que la protección haya sido continua e ininterrumpida. Ésta fecha se expresará en la tarjeta de identificación y en el certificado individual.
Fecha de siniestro	En caso de accidente, es la fecha de ocurrencia del evento que dio origen al siniestro. En caso de enfermedad, es la fecha en que se emite el diagnóstico del padecimiento cubierto de acuerdo con la Condiciones Generales de la póliza.
FGR o LA FISCALÍA	Fiscalía General de la República.
Gasto médico mayor	Acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que rebasan el deducible establecido.
Gasto Usual Acostumbrado (GUA)	Gasto cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos y hospitalarios y la Aseguradora, en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. Los gastos médicos que se generen por el pago de médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros) con los que la Aseguradora no tenga convenio, deberán guardar congruencia con el Gasto Usual Acostumbrado (GUA) de los servicios, en las mismas especialidades, que se encuentren sujetos a convenio.
Honorarios médicos	Remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que preste al Asegurado y que participa de manera activa y directa en su recuperación y/o atención médica.
Hospital	Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos y accidentados.
Hospitalización	Estancia continua en un hospital, siempre que ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.
Importe total del contrato	Representa el importe total establecido en el Contrato que corresponde a la propuesta económica presentada por el licitante adjudicado.
Incumplimiento de la Aseguradora	Acto mediante el cual la Aseguradora deja de proporcionar el servicio en apego a las características, condiciones y plazos establecidos en el Contrato que se suscriba y el Anexo Técnico.
IVA	Impuesto al Valor Agregado
Kit de aseguramiento	Expediente que contiene el certificado individual y tarjetas de identificación de cada persona Asegurada, en forma digitalizada, y demás información que la Aseguradora considere pertinente para orientar sobre trámites, condiciones, datos de contacto, horarios de atención, etc.

Médico	Profesionista independiente y legalmente autorizado mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina y brindar atención a los Asegurados.
Médico Coordinador	Médicos contratados por la Aseguradora encargados de apoyar en la asesoría y gestión de trámites médicos a las personas aseguradas que necesiten utilizar el servicio.
Módulos de atención	Unidades de la Aseguradora donde se atienden de manera personal las solicitudes de siniestros, se proporciona asesoría y orientación a las personas Aseguradas, entre otros.
Número de póliza	Número con el que la Aseguradora identificará a toda la colectividad asegurada de la FGR.
Oficinas	Instalaciones de la Aseguradora en las distintas entidades federativas de la República Mexicana, a través de las cuales serán atendidas las reclamaciones de siniestros, y se brindará asesoría y orientación a las personas Aseguradas.
Padecimiento	Cualquier alteración que sufra la persona Asegurada en su salud a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados por la póliza, o cualquier evento cubierto por la póliza.
Padecimiento congénito	Se entenderá por padecimiento congénito toda alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.
Padecimientos preexistentes	Son aquellos en los que previamente a la fecha de ingreso a la colectividad asegurada, se haya declarado a la persona Asegurada la existencia de un padecimiento y/o enfermedad, debidamente comprobado con documentos de carácter médico con los que se acredite haberse emitido un diagnóstico por un médico legalmente autorizado o mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o bien, se demuestre documentalmente que recibió tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.
Pago de complementos y/o cola de siniestros	Continuidad en el pago de reclamaciones originadas en pólizas anteriores (contratadas por la FGR) al inicio de la vigencia de la presente contratación, siempre que exista siniestro autorizado y pagos realizados, así como suma asegurada remanente (diferencia entre los pagos efectivamente realizados y la suma asegurada).
Pago directo	Método de pago mediante el cual la Aseguradora liquida directamente al prestador de servicios médicos y hospitalarios, los gastos procedentes derivado de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la póliza, cuando la persona Asegurada sea atendida en la Red Médica (Red de Hospitales y Médicos en convenio).
Pago mixto	Método de pago mediante el cual la Aseguradora liquidará a la persona Asegurada los gastos erogados como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por la póliza, mediante los métodos de Pago Directo y Reembolso.
Periodo de espera	Intervalo mínimo de tiempo que debe transcurrir sin interrupciones para cada persona Asegurada para que la Aseguradora pueda cubrir las enfermedades establecidas con periodo de espera.
Póliza	Documento con que se formaliza el contrato del seguro identificado con un número general establecido por la Aseguradora para toda la colectividad asegurada.
Prelación	Las Condiciones Especiales o Específicas de la póliza, tendrán prelación sobre las Condiciones Generales, en todo aquello que se oponga a la cobertura otorgada.
Presupuesto mínimo y máximo a ejercer	Es el monto establecido en el Contrato que se formalice, y que representa el presupuesto autorizado a la Fiscalía General de la República.
Prima	Es la contraprestación económica prevista en la póliza a cargo de la FGR y a favor de la Aseguradora, para cumplir con las obligaciones pactadas en el contrato que se formalice.
Reconocimiento de antigüedad	Período de tiempo durante el cual la persona Asegurada ha estado cubierta en forma continua y sin interrupciones en cualquier póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores de la FGR, o pólizas individuales de alguna aseguradora. Toda solicitud de reconocimiento de antigüedad debe estar sustentada con el documento correspondiente.

Red de hospitales	Red de hospitales en territorio nacional que tengan convenio con la Aseguradora, que deberán cumplir con las normas técnicas en materia de atención médica que prevé la Ley General de Salud, así como con las condiciones sanitarias y administrativas correspondientes.
Red de médicos	Conjunto de médicos especializados autorizados legalmente para ejercer la medicina, que tengan convenio con la Aseguradora y que proporcionarán el servicio en territorio nacional.
Red de prestadores de servicios médicos auxiliares	Conjunto de prestadores de servicios complementarios a la atención médica (farmacias, laboratorios, ambulancias, estudios de gabinete, oxígeno, medicina física y rehabilitación, aparatos ortopédicos, entre otros) con los que deberá contar la Aseguradora para prestar el servicio conforme lo establecido en el contrato.
Red Médica	Conjunto hospitales y médicos en territorio nacional que tengan convenio con la Aseguradora, autorizados legalmente para ejercer la medicina, y que deberán cumplir con las normas técnicas en materia de atención médica que prevé la Ley General de Salud, así como con las condiciones sanitarias y administrativas correspondientes.
Reembolso	Método de pago mediante el cual la Aseguradora reintegra a la persona Asegurada los gastos procedentes efectuados al prestador de servicios médicos y hospitalarios a consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos. Los gastos médicos que se generen para cubrir el pago de médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros) con los que la Aseguradora no tenga convenio, deberán guardar congruencia con el Gasto Usual Acostumbrado de los servicios, en las mismas especialidades, que se encuentren sujetos a convenio.
Reinstalación automática de suma asegurada	Derecho en virtud del cual una persona Asegurada cuenta nuevamente con el total de la suma asegurada contratada para sufragar los gastos médicos en que incurra por cada padecimiento cubierto e independiente. La suma asegurada se reinstalará automáticamente para cada persona Asegurada para cubrir nuevos padecimientos. En ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada para un mismo padecimiento.
Remesa	Información que automáticamente generan los sistemas de administración de recursos humanos de la Unidad de Recursos Humanos de la Fiscalía, que contiene los movimientos de baja, alta, cambios de nivel, reconocimiento de antigüedad, entre otros, que son solicitados por las unidades administrativas para su incorporación en la colectividad de la póliza del SGMM.
Seguro	Seguro de Gastos Médicos Mayores para las personas servidoras públicas de la rama sustantiva, así como aquellas señaladas en el Manual que regula las remuneraciones de la Fiscalía General de la República.
Suma Asegurada Agotada	Suma asegurada básica y en su caso potenciada que ha sido agotada derivado de la atención médica recibida por la persona servidora pública Asegurada a causa de algún siniestro en cumplimiento del deber. La Aseguradora está obligada a informar, con la debida antelación, a la "LA FISCALÍA" los casos en que la suma asegurada (básica y en su caso la potenciada) se encuentre próxima a agotar, sin importar el tipo de caso.
Suma Asegurada Básica	Cantidad máxima de responsabilidad que tiene la Aseguradora y el pago es cubierto por la FGR, conforme a las disposiciones que ésta establezca, la cual se encuentra representada por un número determinado de unidades del valor mensual vigente de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), para cada código y nivel de puesto, desde 74 UMAM y hasta 185 UMAM.
Suma Asegurada Incrementada (Potenciación)	Cantidad de unidades del valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), que es contratada por la persona servidora pública Asegurada con cargo a sus percepciones, y que respresenta la cantidad máxima de responsabilidad que tiene la Aseguradora para cubrir al titular, sus dependientes y ascendientes registrados (incluye la suma básica), siendo las opciones a elegir: 94, 111, 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000, 3000, 5000 y 7000 UMAM.
Suma asegurada remanente	Importe que resulta de restar los gastos efectivamente pagados por la aseguradora a la suma asegurada de la persona con la que se inició el siniestro.

	(En caso de que la aseguradora correspondiente haya emitido cartas de autorización con número de siniestro, pero la persona asegurada no haya hecho uso de las mismas por cualquier situación, la aseguradora vigente no podrá calificarlo como suma asegurada remanente, debiendo aplicar la suma asegurada actual).		
Tabulador de honorarios médicos (TABLA DE I.Q.)	Documento en el que se especifica el monto o porcentaje máximo que la Aseguradora debe pagar por cada procedimiento médico o quirúrgico. Deben existir dos tablas con tabuladores, uno para el sistema de Pago Directo y otro para Reembolso. Este último tabulador deberá ser más alto que el primero.		
Tarjeta de identificación	Tarjeta de cada persona asegurada expedida por la Aseguradora en la que se señala la fecha de alta al seguro, nombre de la persona, inicio de vigencia, fecha de antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro, número de póliza y fecha de ingreso a la colectividad asegurada.		
UMAM	Valor Mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), definida en documentos oficiales como la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales y estatales, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores. Las sumas aseguradas de las personas servidoras públicas está determinado con base en un número determinado de unidades del valor mensual de la UMA. El valor de la UMA mensual, es emitido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), siendo su valor oficial vigente el siguiente: <table><tr><td>Valor Mensual de la UMA: UMAM Vigente a partir del 01 de febrero de 2025.</td></tr><tr><td>\$3,439.46</td></tr></table> El monto de las sumas aseguradas por cada código/nivel deberá calcularse multiplicando el valor mensual vigente de la UMA por el número de unidades UMAM que tenga asignado cada código/nivel de los puestos descritos en el Anexo Técnico.	Valor Mensual de la UMA: UMAM Vigente a partir del 01 de febrero de 2025.	\$3,439.46
Valor Mensual de la UMA: UMAM Vigente a partir del 01 de febrero de 2025.			
\$3,439.46			
URH	Unidad de Recursos Humanos de la Fiscalía General de la República.		

CONDICIONES GENERALES

I.- CONTRATANTE

La **Fiscalía General de la República**, es la entidad contratante de la póliza, que en lo sucesivo se le denominará **“LA FISCALÍA”**.

II.- ASEGURADORA

Es la empresa a quien se le adjudica el contrato, emite la póliza y presta el servicio conforme a las condiciones establecidas, a quien en lo sucesivo se le denominará **“SEGUROS ATLAS S.A.”**.

Las aseguradoras participantes están obligadas a sujetarse a lo estipulado en la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Artículo 1º. - Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Artículo 18.- Aun cuando la empresa se reasegure contra los riesgos que hubiere asegurado, seguirá siendo la única responsable respecto al asegurado.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 59.- La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.”

Asimismo se apegarán a lo indicado en los Artículos 200, 216 y 217 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

...

II. Determinar, sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar, con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados;

...

VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:

a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y

...

(el subrayado es propio)

ARTÍCULO 216.- Las Instituciones de Seguros deberán constituir las siguientes reservas técnicas:

I. Reservas de riesgos en curso;

II. Reservas para obligaciones pendientes de cumplir;

...

ARTÍCULO 217.- Las reservas técnicas a que se refiere el artículo 216 de esta Ley, tendrán como propósito:

I. En el caso de las reservas de riesgos en curso, cubrir el valor esperado de las obligaciones futuras derivadas del pago de siniestros, beneficios, valores garantizados, dividendos, gastos de adquisición y administración, así como cualquier otra obligación futura derivada de los contratos de seguro, y serán:

...

II. En el caso de las reservas para obligaciones pendientes de cumplir, cubrir el valor esperado de siniestros, beneficios, valores garantizados o dividendos, una vez ocurrida la eventualidad prevista en el contrato de seguro. Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:

a) Por pólizas vencidas y siniestros ocurridos pendientes de pago;”.

III.- PÓLIZA

Documento con el que se formaliza el Contrato de seguro celebrado entre “LA FISCALÍA” y “SEGUROS ATLAS S.A.”, identificado con un número general establecido por ésta última, para toda la colectividad asegurada, y que en lo sucesivo se le denominará “La Póliza”.

IV.- PERSONA ASEGURADA

Es la persona servidora pública al servicio de “LA FISCALÍA”, así como su cónyuge, concubina(o), o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, menores de 85 años al inicio de la vigencia del contrato; sus hijos menores de 25 años de edad al inicio de la vigencia del presente contrato, y en su caso, sus ascendientes en primer grado (padre y/o madre) menores de 85 años de edad al inicio de la vigencia del presente contrato, que éste

determine de manera voluntaria incorporar a la póliza con cargo a sus percepciones. En ningún caso “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá aplicar requisitos de asegurabilidad.

V.- SUMA ASEGURADA

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada disminuirá por el monto cubierto por “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, de tal manera que los gastos pagados por la misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

VI.- INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA BÁSICA (POTENCIACIÓN) E INCLUSIÓN DE ASCENDIENTES

El costo de las primas por incremento de la Suma Asegurada Básica (Potenciación), y la inclusión de Ascendientes, será cubierto por la persona servidora pública Asegurada, mediante descuentos quincenales vía nómina reflejados en el talón de pago a través del **concepto 75S**.

La contratación de incremento de suma asegurada (potenciación) será aplicable en los mismos términos para la persona servidora pública y todos sus Asegurados dependientes (Cónyuge, Concubina e Hijos), inclusive para los Ascendientes cuando sea voluntad de la persona incluirlos en la póliza.

La cancelación de la potenciación será aplicable en los mismos términos para la persona servidora pública y todos sus Asegurados dependientes (Cónyuge, Concubina e Hijos), a excepción de los Ascendientes, cuando la persona voluntariamente decida conservarla.

VII.- MONEDA

Las pólizas serán emitidas en Moneda Nacional y para todos los efectos se utilizará la misma moneda.

VIII.- CONTRATO DE NO ADHESIÓN

Las condiciones de “**La Póliza**” son convenidas libremente por “**LA FISCALÍA**” y “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, por lo que no se considerará un contrato de adhesión y no requiere ser registrada previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

“**La Póliza**” contiene todas las Condiciones Generales, Específicas y Especiales, por lo que substituyen a las Condiciones Generales de los contratos de adhesión.

Se hace constar expresamente que “**La Póliza**” es resultado de las negociaciones efectuadas entre “**LA FISCALÍA**” y “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, en apego a lo dispuesto en los artículos 200, 201 y 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

IX.- PRELACIÓN

Las condiciones específicas o especiales de aseguramiento, así como las modificaciones o adecuaciones derivadas del proceso de Licitación Pública Nacional, prevalecerán sobre las Condiciones Generales de “**La Póliza**”, en todo lo que pudiera oponerse, siempre que no contravengan las disposiciones legales vigentes.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

PRIMERA.- COLECTIVIDAD ASEGURADA

La colectividad asegurada está integrada por:

- Personas Aseguradas Titulares:** personas servidoras públicas activas al servicio de “LA FISCALÍA” que ocupen cualquiera de los puestos considerados en el “Cuadro de Puestos que conforman la Colectividad Asegurada” que se desglosa a continuación; **en el entendido de que la Fiscalía podrá determinar casos de excepción; es decir, puestos distintos a los indicados, debiendo efectuar las acciones correspondientes para la actualización de la colectividad asegurada, sin restricciones por parte de “SEGUROS ATLAS S.A.”.**
- Personas Aseguradas No Titulares:** cónyuge por matrimonio, concubina(o), o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, menores de 85 años de edad al inicio de la vigencia del contrato; hijos (as) menores de 25 años de edad al inicio de la vigencia del contrato, y en su caso, ascendientes (padre y/o madre), menores de 85 años al inicio de la vigencia del contrato, con cargo a las percepciones de la persona servidora pública que solicite incluirlos.

Durante la vigencia del contrato la colectividad asegurada estará sujeta a modificaciones, ya sea por necesidades del servicio, ajustes a la estructura ocupacional, mandato judicial, o por cualquier otra causa justificada, debiendo “LA FISCALÍA” notificar a “SEGUROS ATLAS S.A.”, los movimientos que se realicen y los efectos correspondientes en la póliza.

“LA FISCALÍA”, por necesidades del servicio, ajustes a la estructura ocupacional, mandato judicial, o por cualquier otra causa justificada, podrá determinar casos adicionales o excepcionales que deban incorporarse a la colectividad asegurada, **sin restricciones por parte de “SEGUROS ATLAS S.A.”**, y en su caso, la suma asegurada básica será establecida mediante criterios de homologación, considerando para ello el tipo de funciones, código y nivel asignados.

En el caso de que alguna persona servidora pública se encuentre en “suspensión en sueldo y funciones”, “LA FISCALÍA” podrá determinar la baja de dicha persona de la colectividad asegurada, mediante notificación a “SEGUROS ATLAS S.A.”, a través del procedimiento correspondiente; sin responsabilidad alguna para esta Institución.

Cuadro de Puestos que conforman la Colectividad Asegurada**

Código	Nivel	Denominación del Puesto	Seguro de Gastos Médicos Mayores. Suma Asegurada Básica	Rama o Categoría
FG0A001	AZ1	Fiscal General	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A002	AY1	Fiscal Especializado	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A003	AX1	Fiscal Especial	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A004	AX2	Fiscal Especial	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A005	AX3	Fiscal Especial	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A006	AW1	Fiscal Especial	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A007	AW2	Fiscal Especial	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A008	AW3	Fiscal Especial	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A009	AV1	Fiscal Federal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A010	AV2	Fiscal Federal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A011	AV3	Fiscal Federal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A012	AU1	Fiscal Federal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES

Código	Nivel	Denominación del Puesto	Seguro de Gastos Médicos Mayores. Suma Asegurada Básica	Rama o Categoría
FG0A013	AU2	Fiscal Federal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A014	AU3	Fiscal Federal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A015	AT1	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A016	AT2	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A017	AT3	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A018	AS1	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A019	AS2	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A020	AS3	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A021	AR1	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A022	AR2	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A023	AR3	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A024	AQ1	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A025	AQ2	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A026	AQ3	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A027	AP1	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A028	AP2	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0A029	AP3	Fiscal	74 UMAM	DIRECTIVO/FISCALES
FG0B001	BZ1	Titular de la Agencia de Investigación Criminal	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B011	BZ2	Inspector General de Operaciones	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B012	BZ3	Inspector de Operaciones	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B002	BY1	Jefe de Unidad	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B003	BY2	Jefe de Unidad	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B004	BY3	Jefe de Unidad	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B005	BX1	Titular de Unidad Especializada	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B006	BX2	Titular de Unidad Especializada	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B007	BX3	Titular de Unidad Especializada	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0B013	BU3	Titular de Unidad Especializada	74 UMAM	DIRECTIVO/TITULARES SUSTANTIVOS
FG0F001	FZ1	Agente del Ministerio Público de la Federación Jefe	74 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F002	FZ2	Agente del Ministerio Público de la Federación Coordinador	74 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F004	FY1	Agente del Ministerio Público de la Federación Supervisor	74 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F008	FX1	Agente del Ministerio Público de la Federación Titular	111 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F009	FX2	Agente del Ministerio Público de la Federación Revisor	148 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F010	FX3	Agente del Ministerio Público de la Federación Asistente	185 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F014	FV1	Auxiliar Ministerial A	74 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F015	FV2	Auxiliar Ministerial B	74 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
FG0F016	FV3	Auxiliar Ministerial C	74 UMAM	AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN

Código	Nivel	Denominación del Puesto	Seguro de Gastos Médicos Mayores. Suma Asegurada Básica	Rama o Categoría
FG0G001	GZ1	Jefe Policial	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G002	GZ2	Comisario Investigador Jefe	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G003	GZ3	Subjefe Policial	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G004	GY1	Comisario Investigador Coordinador	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G006	GY3	Comisario Investigador	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G007	GX1	Supervisor Investigador General	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G008	GX2	Supervisor Investigador Jefe	74 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G009	GX3	Supervisor Investigador Oficial	111 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G010	GW1	Oficial Investigador A	148 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0G011	GW2	Oficial Investigador B	185 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0M013	GV1	Auxiliar Notificador	185 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0M016	GU1	Auxiliar Policial A	185 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0M017	GU2	Auxiliar Policial B	185 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0M018	GU3	Auxiliar Policial C	185 UMAM	AGENTES DE LA POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
FG0H001	HZ1	Perito Profesional Jefe Regional	74 UMAM	PERITOS
FG0H002	HZ2	Perito Profesional Jefe Delegacional	74 UMAM	PERITOS
FG0H003	HZ3	Perito Profesional Coordinador	74 UMAM	PERITOS
FG0H007	HX1	Perito Técnico Coordinador	74 UMAM	PERITOS
FG0H004	HY1	Perito Profesional Supervisor	74 UMAM	PERITOS
FG0H005	HY2	Perito Profesional A	111 UMAM	PERITOS
FG0H006	HY3	Perito Profesional B	148 UMAM	PERITOS
FG0H008	HW1	Perito Técnico Supervisor	74 UMAM	PERITOS
FG0H010	HW2	Perito Técnico A	74 UMAM	PERITOS
FG0H011	HW3	Perito Técnico B	111 UMAM	PERITOS
FG0H014	HV2	Auxiliar Pericial B	74 UMAM	PERITOS
FG0H015	HV3	Auxiliar Pericial C	74 UMAM	PERITOS
FG0I001	IZ1	Analista Jefe de Inteligencia	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I002	IZ2	Analista Jefe	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I003	IZ3	Analista Coordinador de Inteligencia	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I004	IY1	Analista Especializado en Inteligencia	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I007	IX1	Analista de Inteligencia	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I008	IX2	Analista de Información	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I010	IW1	Analista Técnico A	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I011	IW2	Analista Técnico B	74 UMAM	ANALISTAS
FG0I012	IW3	Analista Técnico C	74 UMAM	ANALISTAS
FG0J001	JZ2	Facilitador	148 UMAM	FACILITADORES
FG0J005	JY2	Invitador	148 UMAM	FACILITADORES

Código	Nivel	Denominación del Puesto	Seguro de Gastos Médicos Mayores. Suma Asegurada Básica	Rama o Categoría
FG0K001	KZ1	Comandante al Mando de Vuelo Ala Fija A	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K002	KZ2	Comandante al Mando de Vuelo Ala Fija B	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K003	KZ3	Comandante al Mando de Vuelo Ala Fija C	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K004	KY1	Comandante Aéreo Ala Fija	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K005	KY2	Subcomandante Aéreo Ala Fija	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K007	KX1	Comandante al Mando y Capacitador de Vuelo	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K008	KX2	Comandante al Mando de Vuelo Ala Rotativa	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K010	KW1	Comandante Aéreo Ala Rotativa	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K011	KW2	Subcomandante Aéreo Ala Rotativa	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0K013	KV1	Capitán Aéreo	148 UMAM	ESPECIALIZADO/PILOTOS
FG0L001	LZ1	Coordinador de Mantenimiento Aéreo	185 UMAM	ESPECIALIZADO/APOYO AÉREO
FG0L004	LY1	Supervisor de Normas y Procedimientos Aéreos	185 UMAM	ESPECIALIZADO/APOYO AÉREO
FG0L007	LX1	Técnico de Control y Mantenimiento Aéreo	111 UMAM	ESPECIALIZADO/APOYO AÉREO
FG0L008	LX2	Técnico en Apoyo Terrestre	74 UMAM	ESPECIALIZADO/APOYO AÉREO
FG0L011	LW2	Operador Auxiliar	74 UMAM	ESPECIALIZADO/APOYO AÉREO
FG0Z001	ZY1	Coordinador de Atención a Víctimas	74 UMAM	ESPECIALIZADO/ATENCIÓN A VÍCTIMAS
FG0Z003	ZY3	Supervisor de Atención a Víctimas	74 UMAM	ESPECIALIZADO/ATENCIÓN A VÍCTIMAS
FG0Z005	ZX2	Auxiliar de Atención a Víctimas	74 UMAM	ESPECIALIZADO/ATENCIÓN A VÍCTIMAS
FG0Q001	QZ1	Jefe de Protección a Personas	185 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A PERSONAS
FG0Q004	QY1	Subjefe de Protección a Personas	148 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A PERSONAS
FG0Q007	QX1	Auxiliar de Protección a Personas A	148 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A PERSONAS
FG0Q008	QX2	Auxiliar de Protección a Personas B	148 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A PERSONAS
FG0Q009	QX3	Auxiliar de Protección a Personas C	148 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A PERSONAS
FG0R001	RZ1	Jefe de Seguridad a Instalaciones	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R003	RZ3	Coordinador de Operaciones de Seguridad a Instalaciones	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R004	RY1	Jefe de Servicio de Seguridad en Instalaciones Estratégicas	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R005	RY2	Jefe de Servicio de Seguridad en Instalaciones	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R006	RY3	Jefe de Turno de Seguridad en Instalaciones	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R007	RX1	Guardia de Seguridad a Instalaciones A	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R008	RX2	Guardia de Seguridad a Instalaciones B	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS
FG0R009	RX3	Guardia de Seguridad a Instalaciones C	74 UMAM	TÉCNICO/PROTECCIÓN A INSTALACIONES ESTRATÉGICAS

****Información actualizada conforme al Anexo 3 del "A/OM/007/2025 mediante el cual se modifica el Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio de la Fiscalía General de la República para el ejercicio fiscal 2025.", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2025.**

UMAM: Valor Mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA): \$3,439.46

Los datos contenidos en el recuadro anterior, están sujetos a los cambios que “**LA FISCALÍA**” establezca en el “*Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio de la Fiscalía General de la República*”, para el ejercicio fiscal correspondiente, que se publique en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDA.- CARENIA DE RESTRICCIONES

Esta póliza no estará sujeta a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o estilo de vida de las personas Aseguradas.

TERCERA.- COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica es cubierta por “**LA FISCALÍA**”, y corresponde a la **Suma Asegurada Básica** para protección de las personas servidoras públicas Aseguradas y sus dependientes registrados (*cónyuge o concubina-o- e hijas-os-*), la cual está determinada por el valor equivalente en pesos de un número específico de unidades del valor mensual vigente de la Unidad de Medida y Actualización (UMA), para cada código y nivel de puesto considerado en la colectividad asegurada; es decir: **74, 111, 148 y 185 UMAM**.

La Suma Asegurada Básica podrá ser incrementada dentro de la vigencia de la póliza, en los periodos establecidos, en apego a lo señalado en las condiciones Cuarta y Quinta del presente documento.

“**LA FISCALÍA**” dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre, o en el periodo que determine el Administrador del Contrato, descargará de los sistemas de administración de recursos humanos, de la Unidad de Recursos Humanos (URH), la información que se requiera para llevar a cabo la revisión y conciliación de los movimientos aplicados a la cobertura básica, en coordinación con “**SEGUROS ATLAS S.A.**”.

CUARTA.- COBERTURA POTENCIADA (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA BÁSICA) E INCLUSIÓN DE ASCENDIENTES EN PRIMER GRADO.

El incremento de la Suma Asegurada Básica (Potenciación) e inclusión de ascendientes, únicamente podrá efectuarse en los periodos establecidos, y la cobertura que se suscriba será aplicable para los padecimientos que se presenten a partir de la fecha de la contratación que formalice la persona servidora pública Asegurada, a través de su área de recursos humanos y mediante el sistema de administración de recursos humanos correspondiente; en el entendido de que los padecimientos abiertos antes de la fecha de la citada contratación, únicamente les será aplicable la suma asegurada que se tenía con anterioridad.

El incremento de la Suma Asegurada Básica (Potenciación) es elegida voluntariamente por la persona servidora pública Asegurada, y considera los siguientes niveles de monto a seleccionar: **94, 111, 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000, 3000, 5000 y 7000 UMAM**, los cuales representan la cantidad máxima de responsabilidad que tiene “**SEGUROS ATLAS S.A.**” para cubrir al titular y sus dependientes registrados (**la suma potenciada incluye la suma básica**).

En caso de requerirse un nivel de monto de potenciación diferente, “**LA FISCALÍA**” solicitará a “**SEGUROS ATLAS S.A.**” que proporcione las tarifas correspondientes.

El costo de las primas o tarifas por incremento de la Suma Asegurada Básica (Potenciación), así como por la inclusión de Ascendientes, será cubierto por la persona servidora pública Asegurada Titular, mediante descuentos quincenales vía nómina, a través del **concepto 75S**.

En los casos en que a las personas servidoras públicas aseguradas no se les pueda aplicar el descuento del **concepto 75S** a través de nómina por razones ajenas a “**LA FISCALÍA**”, queda bajo la absoluta responsabilidad de las personas aseguradas realizar el pago de las primas que le correspondan por el servicio, directamente a “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, mediante depósito o transferencia en la cuenta bancaria que ésta determine; en el entendido de que, en caso de no efectuar el pago de las primas en los términos manifestados, tanto la Fiscalía como la Aseguradora quedan exceptuadas de cualquier obligación, respecto al servicio que se pretenda requerir con una suma asegurada de primas no pagadas.

Asimismo, con el objeto de no afectar la correcta administración del seguro, en caso de que “**LA FISCALÍA**” no pueda realizar el descuento del **concepto 75S** a través de nómina, y la persona servidora pública asegurada no realice el pago de la prima que corresponde a la suma asegurada potenciada contratada en un lapso máximo de dos quincenas, la Institución podrá proceder con la cancelación de la potenciación, conforme a los términos indicados en el presente documento, sin responsabilidad alguna para “SEGUROS ATLAS S.A.” respecto a la prestación del servicio y para “LA FISCALÍA, referente al pago de primas de las quincenas en que no se haya podido efectuar el descuento a través de nómina.

La persona servidora pública Asegurada podrá cancelar en cualquier momento el incremento de la suma asegurada básica (potenciación), así como la inclusión de sus ascendientes, sin sujeción a periodos específicos.

Al inicio de la vigencia de la póliza “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá considerar las sumas aseguradas básicas e incrementadas y la inclusión de ascendientes que las personas servidoras públicas tengan contratadas, conforme a la base de la colectividad inicial que le proporcione “**LA FISCALÍA**”.

Para los **hijos recién nacidos** de las personas servidoras públicas Aseguradas, se aplicará automáticamente la misma suma asegurada potenciada que a la fecha del nacimiento tenga contratada dicha persona, sin sujeción a periodos.

Para efectos de lo señalado en el artículo 151, fracción I de la **Ley del Impuesto Sobre la Renta**, las personas servidoras públicas de la Institución que contraten el incremento de la suma asegurada y la inclusión de ascendientes, deberán proporcionar a “**SEGUROS ATLAS S.A.**” su **Constancia de Situación Fiscal** con una antigüedad no mayor a tres meses, en la fecha en que se les requiera; en el entendido de que de no hacerlo, no existirá responsabilidad alguna para la Fiscalía y la Aseguradora por las circunstancias que esta omisión ocasione.

QUINTA.- PERIODOS PARA INCREMENTO DE LA SUMA ASEGURADA E INCLUSIÓN DE ASCENDIENTES.

“**La Póliza**” contará con **4 (cuatro) periodos**, en los que las personas servidoras públicas Aseguradas podrán tramitar el incremento de la suma asegurada (potenciación) y la inclusión de ascendientes en primer grado. Para el caso de las personas de nuevo ingreso o reingreso, podrán realizar dichas modificaciones al momento de su alta en la Institución e ingreso a la colectividad, sin importar el periodo:

1. Del 01 al 31 de enero de 2026;
2. Del 01 al 30 de abril de 2026;
3. Del 01 al 31 de julio de 2026, y
4. Del 01 al 15 de octubre de 2026.

Dichos periodos podrán ampliarse, previo acuerdo entre “**LA FISCALÍA**” y “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, cuando existan razones debidamente justificadas, y sea en beneficio de las personas aseguradas.

Los movimientos de incremento de suma asegurada e inclusión de ascendientes, únicamente pueden efectuarse a través de los sistemas de administración de recursos humanos establecidos por la Unidad de Recursos Humanos, conforme a las

disposiciones correspondientes, generándose el formato denominado **“Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo”**; por lo que dichas modificaciones tendrán efectos a partir de que la persona servidora pública Asegurada realice el trámite completo, en apego al procedimiento establecido, a excepción de los casos que sean autorizados con una fecha retroactiva, conforme a las necesidades de servicio de **“LA FISCALÍA”**.

Los descuentos quincenales en nómina a través del **concepto 75S**, derivado de la contratación que efectúe la persona servidora pública Asegurada respecto al incremento de la suma asegurada y la inclusión de ascendientes, serán prorrateados de manera quincenal, teniendo como fecha límite para la aplicación del último descuento la **quincena 20** del ejercicio fiscal que corresponda (**segunda quincena de octubre**), preferentemente, o la que por necesidades del servicio determine **“LA FISCALÍA”**.

Cuando las personas Aseguradas Titulares causen baja de **“LA FISCALÍA”** y reingresen a **“La Póliza”** como dependiente de una persona servidora pública Asegurada que cuente con potenciación, el trámite no estará sujeto a los periodos de potenciación o de inclusión de ascendientes, siempre que la incorporación se realice dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha en que causó baja de “LA FISCALÍA”.

Cuando se autorice la **retroactividad en el incremento de la suma asegurada (potenciación)**, el descuento quincenal vía nómina de la persona servidora pública se realizará en una sola exhibición, debiendo **“SEGUROS ATLAS S.A.”** respetar la vigencia de aplicación de la suma incrementada, salvo que las partes determinen una vigencia distinta, de común acuerdo.

Se precisa que, debido al importante dinamismo que de manera permanente presenta la plantilla de personal de **“LA FISCALÍA”**, la aplicación de los descuentos quincenales en nómina del **concepto 75S** por el incremento de la suma asegurada y la inclusión de ascendientes, ocasionalmente podría considerar ajustes por la cancelación de movimientos que son reportados por las Unidades Administrativas de la Institución, posterior al cierre de las quincenas; situación que será comunicada oportunamente por el Administrador del Contrato a **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, cuando la URH haya efectuado dichas modificaciones, a efecto de realizar los ajustes respectivos.

Cancelación de la suma asegurada potenciada y/o exclusión de ascendientes.

La cancelación y disminución de la potenciación, así como la exclusión de ascendientes, podrá realizarse en cualquier momento a través del sistema de administración de recursos humanos correspondiente de la URH, mediante la elaboración y firma del formato denominado **“Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo”**, el cual es el soporte necesario para que el Administrador del Contrato o la persona que éste designe, efectúe el trámite ante **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, y se suspendan los descuentos correspondientes.

En caso de que la persona Asegurada tenga aperturado un siniestro dentro de la vigencia de **“La Póliza”**, y éste impacte la suma asegurada potenciada contratada, no podrán cancelarla o disminuirla, en el entendido de que no es posible que proceda reintegro de montos erogados en ningún caso. Esta condición es aplicable en los mismos términos para la inclusión de ascendientes.

SEXTA.- PRIMAS

Las primas de las coberturas básica, potenciada y de inclusión de ascendientes, se determinarán de acuerdo con las tarifas que entregue **“SEGUROS ATLAS S.A.”** en la propuesta económica del proceso de adjudicación.

El Importe Total del Contrato se pagará en **4 exhibiciones a trimestre adelantado (en los meses de enero, abril, julio y octubre)**. En caso de una ampliación de contrato (convenio modificatorio) habrá una 5ª exhibición de pago, según corresponda, y de acuerdo con lo establecido en el inciso K) CONDICIONES DE PAGO del Anexo Técnico.

La conciliación de los ajustes realizados a la prima básica por movimientos de altas, bajas, cambios de nivel, entre otros, se realizará conforme se establece en el Entregable: 23.- CONCILIACIÓN DE MOVIMIENTOS DE LA PRIMA BÁSICA (ALTAS, BAJAS, CAMBIOS DE NIVEL, ETC) del Anexo Técnico.

SÉPTIMA.-GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS:

Son aquéllos en los que incurre la persona Asegurada dentro de la República Mexicana y en su caso, en el Extranjero *(siempre que la persona servidora pública acredite mediante documento oficial que su estancia en el extranjero es derivado de una comisión oficial)*, por servicios materiales y/o tratamientos médicos o quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier accidente, enfermedad, parto o cesárea *(éste último solo en la República Mexicana)*, y que son realizados por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico definitivo, sujetos a los límites de monto establecidos de las sumas aseguradas y a lo determinado en las Condiciones de “La Póliza”.

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 la persona Asegurada se encuentre internada en el hospital;
3. Medicamentos adquiridos para la persona Asegurada dentro o fuera del hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes (sean de red o no) y se anexe la factura de la farmacia con copia de la receta. Dicha factura deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables;
4. Honorarios médicos por las consultas médicas para diagnóstico y tratamiento de los padecimientos cubiertos;
5. Honorarios médicos por intervención quirúrgica, que quedarán sujetos a los montos o porcentajes contenidos en el Tabulador de honorarios médicos por intervención quirúrgica (Tabla de I.Q.). Estos honorarios médicos se calcularán bajo las siguientes disposiciones:
 - Los honorarios por consultas o visitas médicas están sujetos a lo estipulado en el Tabulador de honorarios médicos por intervención quirúrgica (Tabla de I.Q.).
 - Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por intervención quirúrgica.
 - Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano, distribuidos de la siguiente manera: 20% primer ayudante, 10% segundo ayudante y 5% instrumentista.
 - Los honorarios del anestesta se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
6. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de tres turnos durante 45 días naturales;
7. Sala de operaciones, recuperación y curaciones;
8. Equipo de anestesia;

9. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes;
10. Gastos originados por la estancia de la persona Asegurada en terapia intensiva o intermedia o unidad de cuidados coronarios;
11. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto;
12. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, previa valoración y autorización de la Aseguradora;
13. Gastos de transporte de ambulancias, terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso de que resulte estrictamente necesario, lo cual deberá estar acreditado mediante la indicación por escrito del médico tratante, para trasladar a la persona Asegurada al centro hospitalario más cercano y/o adecuado, debiendo considerar lo siguiente:
 - El tipo de ambulancia que se cubrirá será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera.
 - El traslado en ambulancia aérea, se proporcionará de aeropuerto a aeropuerto, cuando la persona Asegurada presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubiertos por el servicio; siempre que exista una prescripción médica razonable que justifique la necesidad del traslado.
 - Para los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea que se presenten por enfermedad o accidente, para la persona servidora pública **Asegurada Titular**, procederá el **pago directo** con un **coaseguro del 20%** y para las personas **Aseguradas No Titulares**, aplicará el sistema de **reembolso** con un **coaseguro del 20%**.
14. Los casos de ingreso de la persona Asegurada por Urgencias, deberán contar con un diagnóstico médico definitivo para que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” pueda realizar la cobertura de los gastos que se originen por este motivo, en los términos y condiciones previstos en el Anexo Técnico.

 Todos los gastos de la persona Asegurada que ingrese por Urgencias, que se originen por los diversos estudios que el médico tratante determine realizar, a fin de llegar a un diagnóstico, deberán ser considerados y cubiertos una vez que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” cuente con el diagnóstico definitivo.
15. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubiertos;
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubiertos;
17. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, que sean indispensables **a consecuencia de un accidente cubierto**, siempre que se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente;
18. Tratamientos maxilofaciales exclusivamente para las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, **siempre que sea a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubiertos**;

19. Padecimientos preexistentes, siempre que se cumpla lo siguiente:

- a) Para la persona Asegurada Titular y Asegurada No Titular (cónyuge, concubina e hijos), cuando no hayan estado bajo tratamiento, control o estudio médico, respecto al padecimiento o enfermedad de que se trate, en un periodo de 6 (seis) meses previos a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada;
- b) Para el Asegurado ascendiente en primer grado de la persona Asegurada Titular (padre y/o madre), los padecimientos preexistentes se cubrirán cuando el tratamiento médico o quirúrgico correspondiente inicie después del primer año de cobertura continua desde el ingreso a la colectividad asegurada; o bien, que dicha antigüedad la alcance sumando el tiempo en que haya estado protegido en una póliza individual o póliza colectiva de Gastos Médicos Mayores, con alguna Aseguradora; siempre que no existan periodos al descubierto.

Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.

“SEGUROS ATLAS S.A.” únicamente podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente en los casos que no cumplan con lo previsto en los incisos a) y b) anteriormente descritos; siempre que el caso esté debidamente comprobado con documentos de carácter médico, con los que se acredite haberse emitido un diagnóstico por un médico legalmente autorizado o mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o bien, se demuestre documentalmente que recibió tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate.

20. Los gastos en que incurra la persona Asegurada Titular, únicamente dentro de la República Mexicana, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica profesional, amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, considerando los siguientes con carácter enunciativo más no limitativo:

- Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yates, etc.), buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc. (Sólo aplica para las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares).

21. Los siniestros derivados de lesiones que resulten por el uso de motocicletas y vehículos de motor similares, siempre que dicho uso sea por transporte o por el desarrollo de actividades relacionadas directamente con el cumplimiento del deber. (Sólo aplica para personas servidoras públicas Aseguradas Titulares).

22. Circuncisión (quedan excluidos los casos de carácter profiláctico).

23. Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, crurales, umbilicales, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.

24. Parto, cesárea o aborto involuntario conforme a lo siguiente (importante ver el apartado de *ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA*):

- a) Únicamente es aplicable para la persona servidora pública Asegurada Titular (sin periodos de espera para su atención), y su cónyuge o concubina. Quedan excluidas para este servicio las hijas y la madre de la persona Asegurada Titular.

- b) Considera los gastos de honorarios médicos y de hospitalización para la atención de un parto normal o cesárea, hasta por un monto máximo equivalente al valor vigente de 25 UMAM, sin que aplique la potenciación contratada. Para el pago de este tipo de siniestros la persona Asegurada deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso, el coaseguro.

En caso de que la persona Asegurada no utilice hospital y/o médico de la Red; o bien, el médico no se ajuste al tabulador de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, **se aplicará el 8% de coaseguro** sobre los servicios contratados, o bien, sobre los honorarios del médico.

- c) Cubre los gastos derivados de la atención de las siguientes **complicaciones del parto (son enunciativas más no limitativas)**: erosión cervical, inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, polihidramnios y oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina o várices vulvares o vaginales. Estas complicaciones estarán incluidas en la misma suma asegurada para el parto (25 UMAM).
- d) Los gastos originados por la atención de un aborto involuntario (honorarios de médicos y gastos de hospitalización), quedarán cubiertos hasta por un monto máximo equivalente al valor vigente de 25 UMAM, siendo independiente a la cobertura de parto o cesárea.
- e) Sólo se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.
25. **Las complicaciones del embarazo** se considerarán padecimientos independientes al parto o cesárea, de acuerdo con lo siguiente:
- a) Se cubrirán los tratamientos médicos y/o quirúrgicos que se describen a continuación (son enunciativas más no limitativas), a la persona servidora pública Asegurada Titular (sin periodos de espera para su atención), y su cónyuge o concubina (que hayan acreditado el parentesco conforme al punto anterior). Quedan excluidas para este servicio las hijas y la madre de la persona Asegurada Titular:
- Embarazo extrauterino;
 - Toxicosis gravídica;
 - Preclamsia y eclampsia;
 - Mola hidatiforme (embarazo molar);
 - Fiebre puerperal;
 - Óbito fetal;
 - La que provenga de un accidente;
 - Enfermedades hipertensivas;
 - Placenta acreta;
 - Placenta previa;
 - Diabetes gestacional;
 - Púrpura trombocitopénica;
 - Huevo muerto;
 - Cerclaje;
 - Síndrome de Hellp;
- b) Se cubren los gastos de honorarios médicos y hospitalización, hasta por un monto máximo equivalente al valor vigente de 25 UMAM. Esta suma asegurada es independiente a la cobertura de parto o cesárea, y **no es aplicable la suma de la potenciación**.
- c) Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

- d) La persona servidora pública Asegurada Titular no tiene periodos de espera para su atención y **no es aplicable la suma de la potenciación.**
26. A partir de 48 meses de vigencia continua (4 años) en la cobertura de Gastos Médicos Mayores para cada persona Asegurada, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera la persona afectada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento o cualquier siniestro relacionado con este síndrome, siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado en dicho periodo de espera (4 años).
27. Miopía, Hipermetropía, Presbiopía, Astigmatismo, Cirugía correctiva de Cornea, Epikeratofaquia, queratotomía radiada, Queratomileusis y similares. Se considera cuando sea por accidente o sea superior a las 4 dioptrías para cada ojo. Por padecimiento y por cada ojo se considerará un máximo de \$16,000.00 (dieciséis mil pesos 00/100 M.N.) por evento, sin aplicar deducible y coaseguro; en el entendido de que cada ojo es un evento. **Aplica exclusivamente para personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, sin periodo de espera.**
- Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos aplica exclusivamente para personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, siempre que resulten necesarios para el ejercicio de sus funciones, debiendo apegarse al Gasto Usual Acostumbrado -GUA-, con un monto máximo de \$16,000.00 (dieciséis mil pesos 00/100 M.N.). Para la cobertura de anteojos y lentes de contacto, se considera siempre que sea superior a las 4 dioptrías para cada ojo.
28. Enfermedades o accidentes que sufran las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, derivado de que en cumplimiento del deber fue afectado por otra persona al suministrarle e ingresar en su organismo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas; siempre que se compruebe que fue inducido y estaba realizando algún operativo en cumplimiento del deber.
29. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos:
- Del hijo nacido dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio, siempre que se haya notificado a **“SEGUROS ATLAS S.A.” dentro de los 45 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento.** Los gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del menor. Quedan excluidos los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.
 - Del hijo Asegurado con más de 5 años de edad (a partir de los 5 años 1 día), cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento congénito se presenten durante la vigencia de la presente contratación del servicio, siempre que se cumpla con las dos siguientes características:
 - No se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en un momento anterior a la fecha de ingreso a la colectividad.
 - Sólo se cubrirán dentro de la República Mexicana.

OCTAVA.- COBERTURA DE EMERGENCIA EN CASO DE SINIESTRO EN EL EXTRANJERO

La cobertura de emergencia en caso de siniestro en el extranjero por enfermedad o accidente cubiertos en la presente contratación, que puedan ser considerados como urgencia médica fuera del territorio nacional, aplicará exclusivamente para las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares que cuenten con el soporte documental correspondiente que acredite su estancia en el extranjero, derivado del desempeño de sus funciones.

La Cobertura de Emergencia en el Extranjero considera la suma asegurada de 50,000 (cincuenta mil) dólares, con deducible y coaseguro de acuerdo con lo indicado en la tabla de Deducibles y Coaseguros.

Para solventar las obligaciones generadas en moneda extranjera y pagaderas en la República Mexicana, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo con el tipo de cambio estipulado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente en la fecha de pago de la reclamación.

Los gastos que se consideran en la Cobertura de Emergencia en el Extranjero son:

- Cuarto semi-privado y alimentos del paciente.
- Honorarios de médicos y/o cirujanos por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Honorarios del médico anestesista.
- Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones suministrados por parte del hospital.
- Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc., necesarios para la determinación del diagnóstico.
- Servicio de ambulancia terrestre, en la localidad, hacia o desde el hospital, siempre que se acredite que es necesario, mediante prescripción médica.
- Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico.

Gastos que quedan excluidos de la Cobertura de Emergencia en el Extranjero:

- Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en los gastos no cubiertos de las presentes Condiciones.
- Los tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, por común acuerdo del médico tratante y la Aseguradora.
- Los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o el viaje.
- El servicio de enfermería fuera del hospital.
- Los tratamientos de rehabilitación.

NOVENA.- ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

El periodo de espera es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura sin periodos al descubierto para cada persona Asegurada (**no aplica para la persona servidora pública Asegurada Titular**), para que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” pueda cubrir las enfermedades o padecimientos establecidos con estos periodos de espera, las cuales se indican a continuación:

a) Parto, cesárea, complicaciones del embarazo y/o aborto involuntario, bajo los términos siguientes:

Para que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” esté en posibilidad de cubrir el evento de parto o cesárea y/o complicaciones del embarazo y/o aborto involuntario para la cónyuge o concubina, es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

1. Haber dado de alta a la cónyuge o concubina **dentro de los 45 días naturales** siguientes a la fecha correspondiente a su matrimonio o concubinato, o en su caso, a la fecha de incorporación a la Institución.
En el supuesto de que no se cumpla con esta condición, deberá tener como mínimo un periodo de 6 meses de antigüedad en la presente póliza para que aplique la cobertura.

Para acceder a la cobertura descrita en el presente rubro, la persona asegurada deberá acreditar la calidad de cónyuge mediante el Acta de Matrimonio respectiva, y el concubinato a través del documento que para tal efecto expida la autoridad competente, conforme a lo indicado en este documento.

2. Para dar de alta a la cónyuge o concubina en la colectividad asegurada, la persona servidora pública Asegurada Titular, ineludiblemente deberá entregar a su área de recursos humanos, el documento que acredite el parentesco (acta de matrimonio, hoja de concubinato), y **cumplir con el plazo de los 45 días naturales en cita**, sin excepción.

DÉCIMA.- CONDICIONES ESPECIALES

• CASOS ESPECIALES

Son los siniestros en los que la persona servidora pública Asegurada Titular requiere de **apoyo económico adicional** para cubrir los gastos de la intervención médica, cirugía, hospitalización, medicamentos, prótesis, terapias, tratamientos y rehabilitación que deriven inmediata y directamente del hecho sucedido; únicamente cuando sean lesionados en el cumplimiento de su deber, vinculado a la naturaleza de sus actividades, y que por esta razón hayan agotado la suma asegurada básica y en su caso la potenciada contratada para su atención médica; **quedando excluidas las enfermedades generales, crónico-degenerativas y padecimientos preexistentes**.

Para otorgar el apoyo económico adicional citado en el párrafo anterior, todos los Casos Especiales deberán contar con la **solicitud de las unidades administrativas**, en la que obligatoriamente se indique y compruebe mediante oficios de comisión y/o documentación correspondiente, que el evento aconteció a consecuencia de acciones en cumplimiento del deber de la persona, vinculado a la naturaleza de sus actividades.

El apoyo económico adicional para Casos Especiales es aplicable también para accidentes en el trayecto de la **casa-trabajo-casa**, o **lugar de hospedaje-trabajo-lugar de hospedaje**, según sea el caso, siempre que se compruebe, con la información correspondiente, que el accidente ocurrió en el trayecto **lógico-directo** y sin desvíos de un destino a otro.

Para que un siniestro pueda ser considerado un Caso Especial, conforme a lo dispuesto en la presente condición, la solicitud deberá contemplar lo siguiente:

- El Titular de la Unidad Administrativa, o de la Coordinación Administrativa; Subcoordinación de Apoyo a la Labor Sustantiva; Enlace de Gestión y Puesto Homólogo de la Fiscalía General de la República será el responsable de acreditar mediante documentos que el accidente o evento se derivó por la ejecución de las actividades propias del cargo o comisión, de conformidad con las funciones que oficialmente tenga asignadas la persona; por lo que será necesario que la solicitud del apoyo económico adicional considere lo siguiente:
 - Descripción detallada del accidente informando día, hora, lugar, el horario laboral, así como la narración pormenorizada de los hechos y la mención del tipo de funciones que desempeñaba la persona en el momento del siniestro, vinculado a la naturaleza de sus actividades.
 - Si es el caso, especificar el trayecto lógico-directo y sin desvíos de **casa-trabajo-casa**, o **lugar de hospedaje-trabajo-lugar de hospedaje**, y el tiempo que comunmente realiza en ambos recorridos.
 - La firma del responsable solicitante, mediante la cual acredita la veracidad de los hechos reportados, y de la documentación que sustenta la solicitud.

Este tipo de apoyo económico es autorizado por “LA FISCALÍA” en apego a las disposiciones establecidas en el procedimiento específico emitido para tales efectos, debiendo “SEGUROS ATLAS S.A.” considerar obligatoriamente lo siguiente:

- Informar con la debida antelación a “LA FISCALÍA” los casos en que la suma asegurada contratada por la persona Asegurada se encuentre próxima a agotar, debiendo entregar a la Fiscalía, debidamente llenado y en su totalidad el formato de **“NOTIFICACIÓN DE SUMA ASEGURADA CONTRATADA AGOTADA”**, indicando el monto del apoyo económico adicional estimado para continuar con la atención médica.
- Excluir para los Casos Especiales las enfermedades generales, crónico-degenerativas y padecimientos preexistentes.
- Excluir los eventos que se deriven de actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente la persona Asegurada; práctica profesional en cualquier deporte, así como intentos de suicidio o mutilación voluntaria, de manera dolosa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental y cuando se determine que la persona Asegurada se encontraba bajo el influjo de estupefacientes sin prescripción médica y bajo los efectos del alcohol.
- Apegarse a las disposiciones establecidas en el procedimiento específico emitido por “LA FISCALÍA”.
- Integrar y proporcionar a “LA FISCALÍA” el expediente que contenga toda la información y documentación que sustente la solicitud, conforme a lo siguiente:
 - Análisis en el que se describan los elementos médicos, entre otros, que sustenten la determinación del monto del apoyo económico adicional solicitado.
 - Resumen médico elaborado y firmado por el médico tratante, o en su caso, por Médico Coordinador u homólogo de “SEGUROS ATLAS S.A.”, en el que se manifieste el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico para la vida y la función de la persona Asegurada afectada.
 - Copia de los estados de cuenta emitidos por el hospital con el detalle completo de los medicamentos, materiales, cargos de habitación, etc., utilizados para la atención médica requerida.
 - Informes médicos, avisos de accidente, notas médicas, copia de estudios de laboratorio y gabinete, radiografías, tomografías, interpretaciones médicas, y todos los elementos médicos que se deriven del evento y que resulten necesarios para dictaminar lo conducente.
- Verificar que el expediente antes señalado no contenga documentos apócrifos y/o alterados, lo cual será causa de improcedencia de la autorización para el apoyo económico adicional a la persona Asegurada, así como de notificación a la autoridad competente para los efectos legales correspondientes.
- Vigilar que los gastos médicos de los hospitales y honorarios de los médicos tratantes, se cubran considerando el Gasto Usual Acostumbrado (GUA).
- Contar con el **“FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CASOS ESPECIALES DEL SGMM”** debidamente autorizado por el personal responsable de “LA FISCALÍA”, con número de autorización correspondiente al Caso Especial, para brindar el apoyo económico adicional a la persona Asegurada.
- El apoyo económico adicional deberá proporcionarlo “SEGUROS ATLAS S.A.” de manera inmediata al contar con el **“FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CASOS ESPECIALES DEL SGMM”**, o en situaciones excepcionales, si la urgencia del caso lo amerita, cuando el Administrador del Contrato se lo solicite por medio de correo electrónico, de lo contrario no se dará por recibido el servicio y se aplicarán las penas convencionales correspondientes, en los mismos términos que se establecen para la *Entrega de la Carta de Autorización, Carta Pase o documento respectivo para admisión en hospital o prestación del servicio para el procedimiento médico correspondiente* (entregable número 14 de la CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA).
- Todos los Casos Especiales deberán contar con la validación de la Administración Especializada de Servicios Médicos de “LA FISCALÍA”.

Los montos del apoyo económico adicional para Casos Especiales, serán autorizados por **“LA FISCALÍA”** con base en el resultado de la validación médica, la revisión del expediente documental proporcionado, la propuesta de **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, y los elementos de información que se consideren necesarios.

Para los Casos Especiales autorizados, **“SEGUROS ATLAS S.A.”** cubrirá los gastos que excedan la suma asegurada básica y en su caso la potenciada contratada. Posteriormente **“LA FISCALÍA”** en coordinación con **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, realizará los ajustes y las conciliaciones correspondientes para el pago respectivo. VER ENTREGABLES, CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA.

El pago a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** de los montos del apoyo económico adicional para Casos Especiales del SGMM, que hayan sido autorizados por **“LA FISCALÍA”**, se efectuará de **manera trimestral**, o cuando lo convengan las partes, previa conciliación y validación de la información que corresponda, de conformidad con el contrato celebrado y las Condiciones Generales de **“La Póliza”**.

Para la conciliación de la información señalada en el párrafo anterior, ineludiblemente la Aseguradora deberá presentar a la FGR un informe firmado por médico o persona autorizada, con el que acredite que los estados de cuenta presentados para el pago de la atención médica en general están debidamente examinados y validados, y en el que se haga constar que el tipo de insumos, apoyo biomédico, suministro de medicamentos, hospitalización, cirugías, servicio de diagnóstico y tratamiento, recuperación y los que medicamente resulten necesarios, así como los montos de cada uno de estos conceptos, son congruentes con el padecimiento y acordes con el Gasto Usual Acostumbrado (GUA).

En ningún caso el pago podrá ser superior al monto del apoyo económico adicional autorizado por **“LA FISCALÍA”** a través del **“FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CASOS ESPECIALES DEL SGMM”**, por lo que **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, previo a la solicitud de pago, deberá verificar que se cumpla esta condición.

“SEGUROS ATLAS S.A.” entregará un reporte trimestral a **“LA FISCALÍA”**, dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores al término de cada trimestre, en el que se señale el estatus que guarda cada uno de los Casos Especiales autorizados, el cual debe contener por lo menos la situación médica de cada persona Asegurada, en su caso, la fecha en que se determinó el alta médica y la situación que guardan los gastos erogados.

Adicionalmente, la persona titular de la Oficialía Mayor, previo acuerdo e instrucciones de la persona Titular de la Fiscalía General de la República, podrá autorizar casos en los que de manera excepcional se cubran gastos adicionales y/o no cubiertos que sean necesarios para la atención médica de las personas servidoras públicas aseguradas, con cargo al presupuesto de la Institución.

• APOYO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO DERIVADO DE CASOS ESPECIALES

“SEGUROS ATLAS S.A.” únicamente cubrirá los servicios de apoyo psicológico y/o psiquiátrico a las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, cuando éstas sean prescritas por el médico tratante y sean a causa de un evento autorizado por **“LA FISCALÍA”** como Caso Especial, considerando los siguientes padecimientos:

- Trastornos del estado de ánimo, incluyendo episodios depresivo mayor y distimia.
- Trastornos de ansiedad incluyendo fobias, pánico, síndrome de estrés postraumático, obsesiones y compulsiones.
- Trastornos somatoformes.
- Trastornos de sueño.
- Trastornos adictivos.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de estrés agudo.
- Disfunciones sexuales.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá cubrir los honorarios del médico psicólogo o médico psiquiatra certificado, por **un máximo de 12 sesiones por evento**, así como incluir también todos los medicamentos que sean necesarios, estudios de laboratorio y gabinete, siempre que sean prescritos por el psicólogo o psiquiatra certificado. En caso de ser necesario un número mayor de sesiones, será indispensable que la persona Asegurada proporcione la justificación médica signada por el médico tratante, la cual deberá señalar, por lo menos, el diagnóstico confirmado, en apego a los padecimientos antes mencionados.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá garantizar que el servicio de apoyo Psicológico y/o Psiquiátrico para las personas Aseguradas Titulares de “**LA FISCALÍA**” esté disponible con médicos especialistas en la entidad de la República Mexicana en la que se encuentre la persona Asegurada o en la que se necesite el servicio.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” proporcionará a “**LA FISCALÍA**” un informe trimestral, dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles posteriores al término de cada trimestre, en el que se describan a detalle los Casos Especiales en que se ha requerido el apoyo Psicológico y/o Psiquiátrico por parte de las personas Aseguradas Titulares.

Procedimiento para el servicio de apoyo Psicológico y/o Psiquiátrico:

- La persona Asegurada Titular que requiera el servicio deberá realizar una solicitud por escrito a “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, dará seguimiento al caso y deberá dar respuesta dentro de los **3 días hábiles posteriores a la fecha en que recibió la petición**.
- Para los casos procedentes “**SEGUROS ATLAS S.A.**” entregará a la persona Asegurada, **dentro de los 3 (tres) días hábiles posteriores a la fecha en que se determinó procedente el procedimiento médico**, una “*Carta Pase*”, con validez de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición.

Esta cobertura se podrá ofrecer a los familiares asegurados de la persona Asegurada Titular cuando el médico especialista lo justifique (cónyuge e hijos y en su caso a los padres).

DÉCIMA PRIMERA.- EXCLUSIONES GENERALES

El presente Seguro de Gastos Médicos Mayores para las personas servidoras públicas de la rama sustantiva, así como aquellas señaladas en el Manual que regula las remuneraciones de la Fiscalía General de la República, no cubre ningún tipo de gasto que se origine de los eventos que a continuación se enumeran, y tampoco los gastos por las complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluidos, en los términos siguientes:

1. Gastos hospitalarios de carácter personal de la persona Asegurada;
2. Gastos realizados por los acompañantes de la persona Asegurada durante el traslado y/o internamiento de ésta en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra;
3. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal;
4. Procedimientos o tratamientos de carácter estético o plástico, así como de calvicie, alopecia, acné o cirugía para cambio de sexo;
5. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus;
6. Dietéticos y de obesidad;
7. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos;

8. Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en la Condición SÉPTIMA.- GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, del Anexo Técnico;
9. Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la persona Asegurada directamente;
10. Fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones;
11. Miopía, Presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. También se excluye la cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares. Esta exclusión aplica únicamente para las personas Aseguradas No Titulares;
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir cifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral. La exclusión es aplicable a las personas Aseguradas No Titulares;
13. Gastos derivados de los estudios que requieren los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos;
14. Control, vigilancia y atención prenatal;
15. Gastos propios del recién nacido sano, así como sus tratamientos pediátricos;
16. Malformaciones y padecimientos congénitos de la persona Asegurada que no haya sido dada de alta en la póliza desde su nacimiento, en el plazo establecido, ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y esterilidad;
17. Estrabismo de la persona Asegurada No Titular, que no haya sido dada de alta en la póliza desde su nacimiento;
18. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis, existentes a la fecha de contratación del seguro, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición;
19. Tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, independientemente de sus orígenes y consecuencias;
20. Trastornos de la conducta, así como enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico, independientemente de sus orígenes y consecuencias;
21. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos;
22. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación;
23. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad;
24. Intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental. En caso de las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, no aplicará la presente exclusión cuando el suceso sea a causa del cumplimiento de las funciones sustantivas;
25. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente la persona Asegurada;
26. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión, alborotos populares, mítines, huelga, terrorismo;
27. Práctica profesional de cualquier deporte en el extranjero;
28. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge o concubino(a)) de la persona Asegurada o la misma persona Asegurada;

29. Vacunas y/o medicamentos de prevención de la salud. Cuando las vacunas sean prescritas como parte de un tratamiento por algún padecimiento cubierto por la presente contratación del servicio, no serán consideradas como preventivas y en consecuencia tampoco serán excluidas;
30. Enfermedades o accidentes que sufra la persona Asegurada a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.

DÉCIMA SEGUNDA.- RESIDENCIA

Para efecto de la presente contratación del servicio, sólo podrán quedar protegidos por este seguro las personas servidoras públicas y sus dependientes que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

Para los efectos del párrafo anterior, se entiende por residencia lo establecido en el artículo 29, último párrafo, del Código Civil Federal, que a la letra señala:

“Artículo 29.- El domicilio de las personas físicas es el lugar donde residen habitualmente, y a falta de éste, el lugar del centro principal de sus negocios; en ausencia de éstos, el lugar donde simplemente residan y, en su defecto, el lugar donde se encontraren”.

Se presume que una persona reside habitualmente en un lugar, cuando permanezca en él por más de seis meses.

DÉCIMA TERCERA.- ALTA DE ASEGURADOS

Causarán alta en la presente contratación del servicio:

- Las personas servidoras públicas (Aseguradas Titulares), cónyuge, concubino(a), pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años al inicio de la vigencia, y en su caso, ascendientes (padre y/o madre) de la persona Asegurada Titular menores de 85 años al inicio de la vigencia, que éste determine proteger. Esta colectividad será entregada por “LA FISCALÍA” a “SEGUROS ATLAS S.A.” al inicio de la vigencia, la cual podrá ser modificada posteriormente, a través de los cambios que se reporten en las remesas correspondientes.

Será responsabilidad de las personas Aseguradas Titulares solicitar al área de recursos humanos de su unidad de adscripción, el alta de sus beneficiarios, la cual se efectuará mediante el sistema de administración de recursos humanos de la URH, **debiendo cargar en el módulo respectivo el formato que se indica, y copia digitalizada legible en PDF, de la documentación con la que se acredite el parentesco, conforme se estipula en el Anexo Técnico.**

La fecha de alta a la colectividad de “La Póliza” de los **nuevos ingresos** será como se indica a continuación:

- a) **Para personas Aseguradas Titulares**, cuando causen alta al puesto dentro de “LA FISCALÍA”, independientemente de la fecha en que se concluya o se dictamine el registro en el sistema de administración de recursos humanos correspondiente de la URH, **sin que exceda un máximo de 45 días naturales de retroactividad; salvo que el ingreso o reintegro se derive de laudo favorable ejecutoriado en el que se establezca una fecha distinta, la cual deberá ser aplicada conforme a la resolución judicial.**
- b) **Para cónyuge, concubino(a), pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes menores de 85 años (padre y/o madre)**, a partir de la fecha en que se concluya o dictamine el registro en el sistema de administración de recursos humanos correspondiente de la URH, y conforme se indique en el formato denominado “Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo”, el cual debe estar debidamente requisitado y firmado por la persona servidora pública solicitante.

Acreditación del parentesco de los hijos, cónyuge o concubina(o):

- a) Para el alta de los hijos recién nacidos, la persona Asegurada Titular deberá proporcionar acta de nacimiento o en su caso, acta de alumbramiento, declaración de nacimiento, o cualquier documento que acredite el nacimiento y el parentesco, dentro de los **45 días naturales** posteriores al alumbramiento, a fin de que pueda quedar protegido para la atención de malformaciones y padecimientos congénitos.

Los hijos que no tengan una consanguinidad directa con la persona Asegurada Titular, serán aceptados por **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, únicamente si se proporciona el documento que acredite el vínculo legal de matrimonio y familiar, a través de actas de matrimonio y de nacimiento, según corresponda.

- b) Para efectuar el alta de la o el cónyuge o concubina(o) en la colectividad asegurada, es indispensable que se acredite la unión mediante documento emitido por autoridad competente, en apego a la legislación vigente aplicable en las entidades federativas o Ciudad de México; debiendo observar el plazo establecido **de los 45 días naturales** dentro de la condición relativa a *enfermedades y tratamientos cubiertos con periodo de espera*.

Ejemplo de documentos que acreditan la calidad de cónyuge o concubina(o):

- Acta de matrimonio;
- Constancia o Acta de concubinato expedida por la autoridad del registro civil correspondiente;
- Declaración de hechos expedida por un Notario Público;
- Documento que legalice el registro de la Sociedad de Convivencia;
- Acta de nacimiento de los hijos en común (al momento de solicitar el alta).

Los movimientos de alta al seguro surtirán efecto como se indica en los párrafos anteriores, para cada caso, debiendo **“SEGUROS ATLAS S.A.”** aceptar la fecha determinada, **hasta con una retroactividad máxima de 45 días naturales, o conforme a las salvedades señaladas.**

Queda bajo la absoluta responsabilidad de las personas Aseguradas Titulares y de sus dependientes asegurados, observar lo siguiente:

- Verificar que los certificados individuales de aseguramiento sean correctos en cuanto a la vigencia de la póliza, datos personales, suma asegurada, dependientes beneficiarios, y toda información contenida en los mismos, y en caso de error, notificar de inmediato a la Aseguradora o al Administrador del Contrato, para que se lleven a cabo las acciones conducentes; de lo contrario, no existirá responsabilidad alguna para la Fiscalía y la Aseguradora por los efectos que esto pudiera ocasionar en el servicio.
- Revisar las condiciones, especificaciones, requisitos, exclusiones y toda la información relativa a los servicios que comprende la presente contratación, previo a la utilización del seguro, debiendo realizar las consultas necesarias a la Aseguradora o a la Administración Especializada de Prestaciones de la Fiscalía, a efecto de evitar errores y omisiones que puedan afectar la atención médica en general.
- Conocer el monto exacto que considera la suma asegurada para cada siniestro, así como el límite de responsabilidad de la Aseguradora, a efecto de comprobar el costo total del evento; debiendo consultar a la Aseguradora o a la Administración Especializada de Prestaciones de la Fiscalía en caso de cualquier duda.

Cualquier omisión, desacierto o negligencia por parte de las personas aseguradas, respecto al conocimiento de las características generales y específicas del servicio, requisitos y demás información contenida en el contrato, las Condiciones Generales de la póliza y los certificados individuales, no implicará responsabilidad alguna para **“SEGUROS ATLAS S.A.”** y **“LA FISCALÍA”**.

DÉCIMA CUARTA.- TRÁMITE DE ALTA O BAJA DE ASEGURADOS, ACTUALIZACIÓN DE REGISTROS, MODIFICACIÓN DE SUMA ASEGURADA, CORRECCIONES, ENTRE OTROS.

Los movimientos de alta y baja de beneficiarios, modificaciones y, en su caso, correcciones en los certificados individuales de las personas Aseguradas Titulares, se efectúan a través del sistema de administración de recursos humanos correspondiente de la URH, y se acreditan mediante el formato denominado *“Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo”*, el cual debe ser debidamente requisitado y firmado por la persona servidora pública.

Las Coordinaciones Administrativas, Subcoordinaciones de Apoyo a la Labor Sustantiva, Enlaces de Gestión y áreas homólogas establecidas en la normatividad de **“LA FISCALÍA”**, deberán adjuntar en el módulo de Gastos Médicos Mayores del sistema de administración de recursos humanos correspondiente de la URH, la documentación soporte que acredite el parentesco de los hijos, cónyuge o concubina(o), póliza anterior de Gastos Médicos Mayores, para el reconocimiento de antigüedad, junto con el comprobante de pago de la póliza individual, en su caso; todo en formato PDF, legible y digitalizada, según sea el caso, **sin ser necesario la entrega de documentos físicos.**

Para los movimientos con aplicación retroactiva, **“SEGUROS ATLAS S.A.”** calculará la prima a prorrata, desde la fecha de inicio de vigencia del movimiento hasta el término de la vigencia del contrato, la cual será cubierta por **“LA FISCALÍA”** a través del ajuste que corresponda al trimestre inmediato siguiente. El descuento vía nómina, que en su caso **“LA FISCALÍA”** deba hacer a la persona servidora pública para el pago de la prima por potenciación o la inclusión de ascendientes, se realizará mediante cuotas prorrateadas.

“LA FISCALÍA” podrá solicitar bajas retroactivas dentro de la vigencia de la contratación, derivado de modificaciones a la estructura ocupacional, cancelación de plazas/puesto, programas de liquidación, mandato judicial, por determinación de autoridad competente, entre otros casos debidamente justificados y acreditados, debiendo **“SEGUROS ATLAS S.A.”** procesarlas sin restricciones.

Cuando una persona servidora pública haya causado baja de la colectividad asegurada, por cualquier causa, y aun teniendo pleno conocimiento del hecho haga uso de los servicios del seguro en fecha posterior a la baja, y como consecuencia **“SEGUROS ATLAS S.A.”** pague el siniestro, ésta podrá interponer las acciones que en derecho procedan en contra de la persona que indebidamente hizo uso del seguro, sin responsabilidad alguna para **“LA FISCALÍA”**.

DÉCIMA QUINTA.- OBLIGACIONES DE “LA FISCALÍA” Y “SEGUROS ATLAS S.A.” RESPECTO DE MOVIMIENTOS DE LAS PERSONAS ASEGURADAS.

- a.- **“LA FISCALÍA”** dará de alta en el seguro a todas aquellas personas que reúnan las características y requisitos necesarios para formar parte de la colectividad asegurada.
- b.- **“LA FISCALÍA”**, conforme a las solicitudes de movimientos efectuados por las unidades administrativas a través del sistema de administración de recursos humanos correspondiente de la URH, proporcionará a **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, a través del formato de Excel establecido y vía correo electrónico, las Remesas con la información relativa a las modificaciones en la situación de las personas de la colectividad asegurada.

- c.- La Conciliación de los movimientos de cada Remesa se realizará conforme se establece en el entregable número 23 de la condición **CUADRAGÉSIMA.- ENTREGABLES**, del Anexo Técnico.

DÉCIMA SEXTA.- EDAD

La edad límite de las personas para formar parte de la colectividad asegurada de la presente contratación, es la siguiente; en el entendido de que las personas servidoras públicas Aseguradas Titulares, no tienen límite de edad:

- a.- **Cónyuge y concubina(o) de la persona Asegurada Titular.-** Deberán contar con menos de 85 años de edad al inicio de la vigencia o en la fecha de inclusión a la colectividad asegurada; en el entendido de que, si durante la vigencia del contrato cumplen los 85 años, continuarán asegurados hasta el término de la vigencia del contrato.
- b.- **Hijos de la persona Asegurada Titular.-** Deberán contar con menos de 25 años de edad al inicio de la vigencia o en la fecha de inclusión a la colectividad asegurada; en el entendido de que, si durante la vigencia del contrato cumplen los 25 años, continuarán asegurados hasta el término de la vigencia del contrato.
- c.- **Ascendientes de la persona Asegurada Titular (padre y madre).-** Deberán tener menos de 85 años de edad al inicio de la vigencia o en la fecha de la inclusión en la colectividad asegurada; en el entendido de que, si durante la vigencia del contrato cumplen los 85 años, continuarán asegurados hasta el término de la vigencia del contrato.

DÉCIMA SÉPTIMA.- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos, la persona Asegurada liquidará el deducible y en su caso el coaseguro, dependiendo de la enfermedad y/o accidente de que se trate, del sistema de pago utilizado (Pago Directo o Reembolso), y de las características del prestador de servicio.

Cuando los médicos tratantes acepten el tabulador de **“SEGUROS ATLAS S.A.”** se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios del médico, y se considerarán médicos de Red.

*En caso de que **“LA FISCALÍA”** o **“SEGUROS ATLAS S.A.”** detecten que la persona Asegurada, **actuó con dolo, mala fe o falsedad**, al ingresar documentación que corresponda al trámite de programación de cirugía o tratamiento, o en la reclamación de reembolso, se dará vista al Órgano Interno de Control y/o a la Fiscalía Especializada de Asuntos Internos de **“LA FISCALÍA”**, con el propósito de que en el ámbito de sus respectivas competencias lleven a cabo las acciones conducentes, y en su caso, se apliquen las sanciones respectivas por la probable responsabilidad administrativa de la persona servidora pública. **“SEGUROS ATLAS S.A.”** deberá proporcionar la información que en su caso le solicite **“LA FISCALÍA”** y que resulte necesaria para integrar el expediente respectivo.*

DÉCIMA OCTAVA.- PAGO DE RECLAMACIONES

“SEGUROS ATLAS S.A.” sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados legalmente y autorizados para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación de la persona Asegurada, así como los gastos de internación efectuados en los hospitales donde se otorgó el servicio.

“SEGUROS ATLAS S.A.” no podrá efectuar pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

En toda reclamación, la persona Asegurada deberá comprobar a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** la ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de los formatos correspondientes, así como los comprobantes que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, como facturas y/o recibos, copia de las recetas, de los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, **“SEGUROS ATLAS S.A.”** quedará liberada de cualquier obligación que se derive de la correspondiente reclamación.

“SEGUROS ATLAS S.A.” no cubrirá los honorarios de médicos que no cuenten con cédula profesional de la especialidad requerida para la atención del procedimiento reclamado.

DÉCIMA NOVENA.- SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los sistemas o métodos de pago previstos en **“La Póliza”** del seguro son:

a) PAGO DIRECTO:

Consiste en que **“SEGUROS ATLAS S.A.”** es responsable de liquidar directamente los servicios que son prestados por médicos y hospitales de la Red Médica, para la atención médica o ingreso a un hospital de la persona Asegurada, a causa de algún accidente o enfermedad cubiertos por **“La Póliza”**, en los casos que se indican a continuación:

1.- Pago Directo para la Programación de Intervenciones Quirúrgicas y/o Tratamientos:

- **“SEGUROS ATLAS S.A.”** deberá dictaminar y, en su caso, proporcionar a la persona Asegurada la “Carta Pase”, “Carta Autorización” o el documento respectivo, en un plazo máximo de **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la fecha en que determinó procedente el procedimiento médico.
- La persona Asegurada deberá presentar a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** los formatos y la documentación que se indican a continuación, los cuales deberán sustentar el siniestro que se solicita cubrir:
 - I. **Aviso de accidente o enfermedad.-** Debidamente llenado y firmado por la persona Asegurada Titular;
 - II. **Informe Médico.-** Debidamente llenado y firmado por el médico tratante;
 - III. Copia legible de la interpretación de **estudios de laboratorio y/o gabinete y reporte de histopatología** que se hayan realizado y que corrobore el diagnóstico. En caso de embarazo se deberá entregar la interpretación del último estudio obstétrico, y
 - IV. Copia de **identificación oficial de la persona Asegurada Titular y Asegurada No Titular** correspondiente, pudiendo ser la credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional o cédula profesional.

2.- Pago Directo mediante Reporte en el Hospital

- Se podrá otorgar a la persona Asegurada al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, siempre que se cuente con un diagnóstico definitivo.
- También podrá otorgarse el pago directo de los honorarios médicos (por hospitalización), siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica, o en su caso, sin ser de la Red, se ajuste al tabulador de **“SEGUROS ATLAS S.A.”** (lo que deberá quedar asentado por escrito).

- **“SEGUROS ATLAS S.A.”** en los casos que así lo considere, podrá solicitar segundas valoraciones médicas, debiendo previamente demostrar y justificar con elementos médicos que éstas resultan indispensables para la dictaminación del tratamiento correspondiente, obligándose a entregar por escrito a la persona Asegurada, y al Administrador del Contrato, si éste así lo solicita, las razones por las cuales determinó que se requiere una valoración médica adicional.

En caso de que el médico tratante sin ser de la Red, desee ajustarse al tabulador de **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, deberá manifestarlo en el Informe Médico y, en su caso, en la receta que expida, debiendo señalar textualmente que acepta los honorarios médicos establecidos, en cuyo caso, se deberá eliminar el coaseguro.

Si durante el tiempo en el que estuvo internada la persona Asegurada no fue posible llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito a la Red Médica, y éste acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, ésta deberá realizar el reembolso de los gastos efectuados por la persona Asegurada, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no estar el médico en convenio, siempre que el reembolso no exceda los honorarios especificados en la **Tabla de I.Q.**

En casos excepcionales, cuando la persona Asegurada ingrese a algún hospital que no se encuentre en convenio con “LA ASEGURADORA”, ésta deberá gestionar el pago directo cuando el Administrador del Contrato así lo solicite y, en su caso, llevar a cabo el convenio respectivo con el nosocomio. Dicha solicitud podrá realizarse mediante correo electrónico.

Aplicación del Deducible y Coaseguro en los trámites de Pago Directo.

La persona **Asegurada No Titular** (cónyuge, concubina(o), hijo(s) y ascendientes), que utilice el sistema de Pago Directo, en los términos antes indicados, está obligada a efectuar el pago del deducible que corresponda, así como de los gastos considerados en las exclusiones generales del Anexo Técnico y los gastos que rebasen la suma asegurada.

Cuando **“SEGUROS ATLAS S.A.”** autorice el Pago Directo a un prestador de servicio (médico u hospital) y éste no forme parte de la Red Médica y tampoco se ajuste al tabulador de **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, la persona Asegurada deberá pagar el deducible y el coaseguro sobre los honorarios médicos, así como los gastos no cubiertos conforme a las condiciones de la póliza.

b) REEMBOLSO:

Para hacer efectivo el trámite, se requiere que el monto a reclamar sea superior al deducible que corresponde al hospital donde se recibió la atención médica. La persona Asegurada deberá ingresar a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** los formatos y la documentación que se indican a continuación, los cuales deben acreditar el siniestro que se reclama, debiendo **“SEGUROS ATLAS S.A.”** dar respuesta en un plazo máximo de **5 (cinco) días hábiles** (sea procedente o no la reclamación) contados a partir de la fecha en que se ingresó la solicitud, la cual debe integrarse con la documentación siguiente:

- I. **Aviso de accidente o enfermedad.-** Debidamente llenado y firmado por la persona Asegurada Titular;
- II. **Informe Médico.-** Debidamente llenado y firmado por el médico tratante;
- III. **Reembolso de accidente y/o enfermedad.-** Debidamente llenado y firmado por la persona Asegurada Titular;

- IV. **Facturas originales en formato PDF y XML.-** Emitidas a nombre de la persona Asegurada Titular; debiendo contener los requisitos fiscales establecidos. En el caso de las facturas de farmacia, deberá adjuntarse copia de la receta médica correspondiente;
- V. **En caso de facturas de hospital y de honorarios médicos.-** Deberán contener el desglose con costo unitario;
- VI. **Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos.-** Emitidos a nombre de la persona Asegurada Titular y deberán especificar el concepto cobrado;
- VII. **Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio y/o gabinete y reporte histopatología.-** Que se hayan realizado y que corrobore el diagnóstico. En caso de embarazo se deberá entregar la interpretación del último estudio obstétrico;
- VIII. **Copia de identificación oficial de la persona Asegurada Titular y Asegurada No Titular correspondiente.-** Pudiendo ser: credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional o cédula profesional, y
- IX. **Copia legible del estado de cuenta bancario.-** A nombre de la persona Asegurada Titular. Con clave interbancaria (clabe), y no mayor a tres meses de antigüedad.

Aplicación del Deducible y Coaseguro en el trámite de Reembolso.

En toda reclamación inicial que se realice por el sistema de Reembolso, considerando que el hospital y/o médico no son de la Red Médica y el médico no se ajustó al tabulador de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, la persona Asegurada tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo, se continuarán pagando sin deducible y con el coaseguro correspondiente.

En las solicitudes de Reembolso de gastos efectuados por una enfermedad o accidente cubiertos, cuando la atención es recibida por servicios de la Red Médica, o por médico que se ajustó al tabulador de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, se deberá eliminar el coaseguro debiendo la persona Asegurada pagar el deducible.

c) PAGO MIXTO:

Es el sistema de pago en el que una parte de los gastos generados a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, son pagados mediante el sistema de Pago Directo y la otra parte es solventada por la persona Asegurada, y recuperada a través del sistema de Reembolso, en apego a los términos previstos para cada caso en el Anexo Técnico

d) PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLA DE SINIESTROS:

Los gastos médicos que sean requeridos para la atención de un siniestro, a causa de una enfermedad y/o accidente cubiertos que hayan iniciado en vigencias y pólizas anteriores contratadas por “LA FISCALÍA”, inclusive con otras Aseguradoras, quedarán cubiertos en la presente póliza, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Exista suma asegurada remanente; es decir, que conforme a los reportes de siniestralidad se compruebe que el total de reclamaciones no haya agotado la suma asegurada que se encontraba vigente al momento de haberse diagnosticado la enfermedad y/o accidente respectivo.

2. Que la persona Asegurada o “**LA FISCALÍA**” entregue a “**SEGUROS ATLAS S.A.**” la Carta de Suma Remanente o de Siniestralidad emitida por la Aseguradora anterior *(en el entendido de que en caso de que exista un requerimiento adicional de información a dicha Carta Remanente, esto no queda bajo la responsabilidad de la Fiscalía General de la República)*.
3. En casos excepcionales, cuando por razones ajenas a “**LA FISCALÍA**” no puedan obtenerse las Cartas de Suma Remanente, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” aceptará como sustento para el reconocimiento de las sumas remanentes, los datos contenidos en los reportes de siniestralidad que obren en los archivos de “**LA FISCALÍA**”, lo cual podrá gestionarse y confirmarse a través de correo electrónico institucional.
4. Que los gastos médicos que se eroguen se cubran con base en las condiciones establecidas en la misma póliza en la que se efectuó el primer gasto o se inició el siniestro, hasta agotar la suma asegurada, y
5. Que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida.

Las enfermedades o accidentes sujetos a este sistema de pago, no serán considerados como Padecimientos Preexistentes.

En todos los sistemas de pago “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá observar los términos del **Gasto Usual Acostumbrado (GUA)**:

“Gasto cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y la Aseguradora, en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización”.

VIGÉSIMA.- EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS.

Los gastos por emergencia o urgencia médica serán cubiertos mediante el sistema de Pago Directo por “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, únicamente si la persona Asegurada permanece por lo menos **24 horas** hospitalizada, y haya sido atendida en hospital y por médicos de la Red, o bien, si estos últimos se ajustan al tabulador de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”.

Esta cobertura aplica en territorio nacional y en caso de siniestro en el extranjero, exclusivamente para personas Aseguradas Titulares que cuenten con el soporte documental correspondiente respecto a la comisión oficial de trabajo.

Las coberturas de parto y cesárea no se consideran emergencias o urgencias médicas.

VIGÉSIMA PRIMERA.- CUANTÍA DEL REEMBOLSO.

La cantidad que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” pagará a la persona Asegurada por Reembolso, en los casos que aplique el deducible y coaseguro, se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos y liquidados por la persona Asegurada, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza;
- b) A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible y a la diferencia se le aplicará el porcentaje del coaseguro determinado;
- c) Por cada enfermedad o accidente cubierto, el deducible se aplicará una sola vez y el coaseguro se aplicará por reclamación, en el entendido que un siniestro puede tener varias reclamaciones;

- d) En caso de fallecimiento de la persona Asegurada, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” pagará a la persona designada como beneficiaria por el titular en el formato “*Consentimiento para ser Asegurado del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo*”, los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago. En el supuesto de que no se haya designado a un beneficiario, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” determinará lo conducente.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- PERÍODO DE BENEFICIO.

Cuando la vigencia de la presente contratación del servicio concluya y no se concrete una ampliación del Contrato, y tampoco se lleve a cabo una nueva contratación de una póliza colectiva y/o individual de Gastos Médicos Mayores con “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, según sea el caso, se deberá observar lo siguiente:

- a.- “**SEGUROS ATLAS S.A.**” no podrá cubrir los gastos efectuados por la persona Asegurada después del término de la vigencia o después de que haya causado baja de la colectividad asegurada, **aun cuando el trámite se haya iniciado dentro del periodo de vigencia, inclusive si al momento de dicha baja, cuenta con carta de autorización vigente.**
- b.- Si “**SEGUROS ATLAS S.A.**” previamente autorizó el pago de una enfermedad o accidente cubierto y la persona Asegurada se encontrara hospitalizada al momento de finalizar la vigencia de la presente contratación o de haber causado baja de la colectividad asegurada, la Aseguradora deberá pagar los gastos de la atención médica por un plazo máximo de 90 días naturales, a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato o de la fecha de separación de la colectividad asegurada o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

VIGÉSIMA TERCERA.- OTROS SEGUROS.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en este Contrato estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros en ésta u otras Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos.

VIGÉSIMA CUARTA.- OBLIGACIONES DE PAGO PROCEDENTE.

En el supuesto de que “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del Anexo Técnico, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, se aplicarán las penas convencionales establecidas en el Anexo Técnico.

VIGÉSIMA QUINTA.- DEDUCIBLES Y COASEGUROS APLICABLES EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

El **Coaseguro** es aplicable cuando la atención es realizada por médicos y hospitales que no pertenecen a la Red Médica de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”.

Si en la reclamación inicial fue pagado el deducible y se eliminó el coaseguro, los pagos complementarios no tendrán ni deducible ni coaseguro, siempre que la atención se continúe recibiendo por parte de un médico y hospital de la Red Médica.

Cuando la atención sea brindada por médicos que no pertenecen a la Red Médica y acepten el tabulador de pago directo de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios médicos.

El **Deducible** es pagado por la persona Asegurada sólo una vez por cada siniestro aperturado, a diferencia del **Coaseguro**, el cual deberá pagarse cada vez que la persona Asegurada requiera el servicio de médicos y hospitales que no pertenecen a la Red Médica, aunque se trate del mismo siniestro.

Tablas de Deducibles y Coaseguros

En las siguientes tablas se describen los montos de los Deducibles (en moneda nacional) y el porcentaje de Coaseguro que serán aplicados a la persona Asegurada en caso de accidente y enfermedad cubiertos:

a.- DEDUCIBLES

TABLA 1

DEDUCIBLES EN LA REPÚBLICA MEXICANA				
TIPO DE ASEGURADO	PADECIMIENTO	HOSPITAL Y MÉDICO DE RED	HOSPITAL Y MÉDICO SIN CONVENIO	MÉDICO DE RED Y HOSPITAL CONTENIDO EN TABLA No. 2
Titular	Parto o Cesárea	\$3,000.00	\$3,000.00	\$5'000.00 ó \$7'000.00 (según el hospital en que se atienda)
	Accidente o Enfermedad	No Aplica (para los Hospitales de la Red que no se encuentren en la Tabla 2)		\$5,000.00 ó \$7,000.00 (según el hospital en que se atienda)
Asegurado	Parto o Cesárea	\$3,000.00	\$5,000.00	\$5,000.00 ó \$7,000.00 (según el hospital en que se atienda)
	Accidente o Enfermedad			\$5,000.00 ó \$7,000.00 (según el hospital en que se atienda)

TABLA 2

DEDUCIBLE \$5,000.00	DEDUCIBLE \$7,000.00
Hospital Ángeles Metropolitano	Hospital Ángeles del Pedregal
Ángeles Acoxa	Hospital Ángeles de las Lomas
Ángeles Mocel	Médica Sur
Ángeles Lindavista	Hospital ABC Observatorio
Hospitales Christus Muguerza ubicados en Monterrey, N.L.	Hospital ABC Santa Fe
Hospital San Javier	Ángeles de Querétaro
Star Médica Lomas Verdes	Hospital San José Tecnológico de Monterrey
Corporativo Hospital Satélite	
Hospital Español	
Hospital Ángeles Clínica Londres	
Grand Hospital Roma	
Hospital Ángeles Universidad	

Monto de deducible en general.- Será de \$3,000.00 (Tres mil pesos 00/100 M.N.), en los casos no previstos en las Tablas de Deducibles.

No aplica el cobro de deducible.- En los accidentes que sufran los Asegurados Titulares en cumplimiento del deber (conforme a la definición contenida en el presente documento).

b.- COASEGUROS

TABLA 3

COASEGUROS EN LA REPÚBLICA MEXICANA				
TIPO DE ASEGURADO	PADECIMIENTO	HOSPITAL Y MÉDICO DE RED	HOSPITAL Y MÉDICO SIN CONVENIO	MONTO MÁXIMO
Cualquier Asegurado	Parto o Cesárea	No Aplica	8%	\$25,000.00
	Accidente o Enfermedad			

Tope de coaseguro.- Para las pólizas básica y potenciada se establece un monto máximo de coaseguro de \$25,000.00 (Veinticinco mil pesos 00/100 M.N.).

No aplica el cobro de coaseguro.- En los accidentes que sufran las personas Aseguradas Titulares en cumplimiento del deber (conforme a la definición contenida en el presente documento).

c.- DEDUCIBLES Y COASEGUROS EN EL EXTRANJERO

TABLA 4

DEDUCIBLES Y COASEGUROS EN EL EXTRANJERO			
TIPO DE ASEGURADO	PADECIMIENTO	DEDUCIBLE	COASEGURO
Titular (con soporte documental correspondiente)	Accidente	0 UMAM	20%
	Enfermedad	4 UMAM	

****UMAM:** Valor Mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

VIGÉSIMA SEXTA.- LICENCIAS POR ENFERMEDAD.

“LA FISCALÍA” pagará a “SEGUROS ATLAS S.A.” el 100% de la prima de la cobertura básica, cuando la persona servidora pública se encuentre de licencia por enfermedad dentro de los supuestos establecidos en el artículo 37 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, aún y cuando la persona esté en el supuesto de sin goce de sueldo.

Cuando la persona Asegurada Titular tenga contratada la potenciación y/o incluidos a sus ascendientes en la póliza, y se encuentre **sin goce de sueldo** (independientemente de la causa), y por esta razón “LA FISCALÍA” no le pueda realizar el descuento vía nómina, la persona Asegurada deberá pagar las primas directamente a “SEGUROS ATLAS S.A.”, sujetándose a los requisitos que ésta establezca; de lo contrario, no será aplicable el aseguramiento de los ascendientes y tampoco el incremento de la suma asegurada. Si el pago de las primas, que deba efectuar la persona asegurada por las razones señaladas en el presente apartado, no se realiza en un lapso máximo de dos quincenas, la Institución podrá proceder con la cancelación de la potenciación y la exclusión de los ascendientes, sin responsabilidad alguna para “SEGUROS ATLAS S.A.” y la Fiscalía.

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL PAGO DE PRIMAS.

La suspensión temporal del pago de primas se cancelará en los siguientes supuestos, debiendo “**SEGUROS ATLAS S.A.**” aceptar el pago retroactivo de la primas, conforme a lo siguiente:

- Cuando la persona Asegurada Titular sufra prisión preventiva seguida de fallo absolutorio;
- Cuando la persona Asegurada Titular fuere **suspendida por cualquier causa**, seguido de laudo ejecutoriado en el que se determine reanude sus labores;
- Cuando la persona Asegurada Titular fuere suspendida en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y obtenga resolución firme en donde se revoque la sanción o la medida cautelar respectiva;
- Cuando la persona Asegurada Titular obtenga laudo favorable ejecutoriado derivado de un litigio laboral;
- Cuando la persona Asegurada Titular obtenga laudo favorable en donde se ordene su reinstalación en “**LA FISCALÍA**”.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” realizará el cálculo de las primas y aceptará el pago retroactivo de éstas (inclusive en una sola exhibición), para la suma asegurada básica con cargo a la Fiscalía y, en su caso, la potenciación y la inclusión de ascendientes, con cargo a la persona asegurada, del periodo en que se produjo la suspensión temporal del pago de las primas por los motivos antes señalados; siendo responsabilidad de “**SEGUROS ATLAS S.A.**” informar por escrito a “**LA FISCALÍA**” y a la persona Asegurada, el monto, la fecha límite y las referencias bancarias, en su caso.

Para efectos del párrafo anterior, “**LA FISCALÍA**” proporcionará a “**SEGUROS ATLAS S.A.**” los datos de contacto, con los que cuente, de la persona Asegurada Titular, a efecto de que pueda realizar el cobro correspondiente de primas por potenciación e inclusión de ascendientes.

En todos los casos la persona Asegurada Titular deberá comprobar con copia simple completa, la resolución del laudo o fallo absolutorio emitidos por autoridad competente.

El pago retroactivo de primas será aplicable para los laudos o cualquier otra resolución que sea notificada a “LA FISCALÍA” dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio; por lo que “SEGUROS ATLAS S.A.” deberá pagar los siniestros ocurridos durante el mismo periodo de la suspensión temporal.

VIGÉSIMA OCTAVA.- RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” reconocerá la antigüedad en el Seguro de Gastos Médicos Mayores de cada persona Asegurada, en los términos que se indiquen en la base de datos relativa a la colectividad asegurada que al inicio de vigencia le proporcione “**LA FISCALÍA**”.

Este reconocimiento de antigüedad deberá ser considerado por “**SEGUROS ATLAS S.A.**” para eliminar los periodos de espera de los diferentes padecimientos cubiertos que llegaran a presentarse con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente contratación, de acuerdo con lo estipulado en la Condición **NOVENA.- ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA** del Anexo Técnico. El reconocimiento de antigüedad aplicará para padecimientos preexistentes.

Para obtener los beneficios que otorga la presente contratación y opere el reconocimiento de la antigüedad generada en otras compañías Aseguradoras, a través de pólizas colectivas o individuales, la persona Asegurada deberá presentar copia legible de la carátula de la póliza respectiva, así como el comprobante del pago de primas y/o el estado de cuenta bancario donde se indique el cargo de la prima; siempre que no exista periodo al descubierto mayor a 45 días naturales; siendo

responsabilidad única de la persona asegurada verificar y notificar, en caso de que en el certificado individual no se advierta la fecha de antigüedad que fue acreditada, en los términos señalados.

Si la documentación con la cual se sustenta el periodo cubierto con otras pólizas colectivas o individuales, no se presenta durante los primeros **45 días naturales** al ingresar a la colectividad asegurada, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de “SEGUROS ATLAS S.A.”.

Cuando la persona Asegurada **requiera cartas o constancias de reconocimiento de antigüedad**, “SEGUROS ATLAS S.A.” deberá entregar a través de correo electrónico las cartas o constancias de reconocimiento de antigüedad que le solicite “LA FISCALÍA”, en un plazo no mayor a **5 días hábiles**, contados a partir de la fecha de la solicitud.

La antigüedad se perderá cuando entre el término o exclusión de la póliza anterior y el inicio de la nueva vigencia existan más de 45 días naturales al descubierto.

VIGÉSIMA NOVENA. - PRIVILEGIOS DE CONVERSIÓN PARA EX SERVIDORES PÚBLICOS

Cualquier persona servidora pública que cause baja de la colectividad asegurada, podrá solicitar por escrito a “**LA ASEGURADORA**”, dentro de los 45 días naturales siguientes a la fecha en que causó baja del seguro, le sea otorgada una póliza individual de gastos médicos mayores, quedando completamente a su cargo el pago de las primas correspondientes, sin que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” aplique requisitos de asegurabilidad.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá ofrecer a la persona una póliza individual con características y condiciones preferentes a las del mercado, a fin de que implique un beneficio tangible para la persona y sus dependientes.

Para el personal administrativo de “**LA FISCALÍA**” que no forme parte de la colectividad asegurada en la presente póliza, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá ofrecer opciones de **pólizas individuales de gastos médicos mayores** con características y condiciones preferentes a las del mercado, a fin de que implique un beneficio tangible para la persona y sus dependientes, y se distinga como una ventaja en el costo de las primas, las cuales quedarían a cargo de cada persona servidora pública que desee contratar el servicio.

TRIGÉSIMA.- AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

Con fundamento en lo dispuesto en la subsección II.6.10. Modificaciones del contrato, del Acuerdo A/OM/06/2025 por el que se emiten las Disposiciones en materia de recursos materiales, servicios generales y contrataciones públicas de la Fiscalía General de la República, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de julio de 2025 (en lo subsecuente: las Disposiciones), y de conformidad con la disponibilidad presupuestaria, se podrán celebrar convenios modificatorios al Contrato que se derive de esta licitación, los cuales deberán formalizarse por escrito siempre que el monto total de las modificaciones no rebasen en conjunto el **20% (veinte por ciento)** del monto o cantidad de los conceptos y volúmenes establecidos originalmente en el mismo, y no se modifique el precio de las tarifas pactadas originalmente, debiendo la Aseguradora prestar el servicio en las mismas condiciones contratadas.

Para determinar el **20% del Contrato**, conforme al párrafo anterior, se realizará el cálculo respectivo, en el que se deberá considerar el número de días de la vigencia ampliada y el listado de las personas Aseguradas activas al inicio de la nueva vigencia.

TRIGÉSIMA PRIMERA.- ENDOSOS MODIFICATORIOS A LA PÓLIZA

Para cualquier modificación a la contratación del presente servicio se requiere la autorización expresa de “**LA FISCALÍA**”.

TRIGÉSIMA SEGUNDA.- PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la presente contratación del servicio **prescribirán en 2 años**, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, de conformidad con lo establecido en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos previstos en el artículo 82 de la misma Ley.

TRIGÉSIMA TERCERA.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en el Contrato que se formalice o en la fecha que se determine, derivado de las causales señaladas en dicho instrumento jurídico, sea por terminación anticipada o por rescisión.

TRIGÉSIMA CUARTA.- AVISOS Y NOTIFICACIONES

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con la presente contratación del servicio del Seguro de Gastos Médicos Mayores para las personas servidoras públicas de la rama sustantiva, así como aquellas señaladas en el Manual que regula las remuneraciones de la Fiscalía General de la República, deberá presentarse por escrito en los domicilios indicados en el Contrato para ambas partes, o en su caso, por correo electrónico, a través de las cuentas indicadas por cada parte.

“SEGUROS ATLAS S.A.”, también deberá señalar un domicilio en la Ciudad de México, a fin de agilizar las notificaciones legales o administrativas que **“LA FISCALÍA”** deba efectuar. **Domicilio Fiscal de Seguros Atlas, S.A.:** Paseo de los Tamarindos #60 PB, Bosques de las Lomas, Alc. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05120 CDMX.

TRIGÉSIMA QUINTA.- ARBITRAJE MÉDICO

Para resolver las controversias que se susciten, el reclamante podrá optar, en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, en acudir ante un arbitraje médico; sujetándose en todo momento al marco legal aplicable, sin responsabilidad para **“LA FISCALÍA”**.

TRIGÉSIMA SEXTA.- COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

TRIGÉSIMA SÉPTIMA.- ERRORES U OMISIONES

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental y no doloso en el contenido de la información o en la descripción de ésta, que sea intercambiada por las partes para hacer efectiva la cobertura del presente seguro, no perjudicará los intereses de la persona Asegurada, siendo la intención de esta condición la de proteger a la persona en todo momento; por lo que, el error será corregido al ser descubierto, y en caso de que lo amerite, se efectuarán los ajustes correspondientes en lo que resulte necesario, lo cual no afectará la autorización y el pago de siniestros, ni el reconocimiento de la antigüedad, y todo aquello que haya sido afectado por dicho error u omisión, previa revisión y validación de las partes.

En caso de que la emisión de la póliza inicial tenga errores, ésta deberá ser modificada por el licitante adjudicado hasta que el documento cumpla con lo solicitado en la convocatoria correspondiente.

TRIGÉSIMA OCTAVA.- HORARIO DE ATENCIÓN A SINIESTROS

La prestación del servicio para la atención de las enfermedades y accidentes que se encuentran contemplados en la presente contratación, deberá tener cobertura durante toda la vigencia de **“La Póliza”**, todos los días, las 24 horas del día, sin interrupción o restricción alguna, a través de la Red Médica (médicos y hospitales), Centro de Atención Telefónica, los diferentes centros y módulos de atención de **“SEGUROS ATLAS S.A.”**.

“LA FISCALÍA” podrá solicitar a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** el cambio del personal que atiende directamente el Contrato, cuando sea necesario agilizar o mejorar los procesos, la coordinación y la atención de los servicios.

“SEGUROS ATLAS S.A.” deberá garantizar los siguientes horarios de atención:

- Para la gestión administrativa de reclamaciones y pagos, así como para la orientación a las personas Aseguradas: *en días y horas hábiles, durante la vigencia del Contrato.*
- Atención a las personas Aseguradas vía telefónica: *las 24 horas durante toda la vigencia de la póliza.*
- Atención personal y recepción de documentación: *de lunes a viernes en horas hábiles.*

MÓDULOS DE ATENCIÓN EN INSTALACIONES DE “LA FISCALÍA”.- **“SEGUROS ATLAS S.A.”** deberá instalar, por su cuenta y cargo, módulos de atención en los inmuebles de **“LA FISCALÍA”** que se indican a continuación, dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores a la fecha de inicio de la vigencia de la prestación del servicio de la presente contratación, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Las personas designadas para la atención de dichos módulos deberán proporcionar asesoría y orientación a las personas Aseguradas, así como brindar atención de todos los trámites del servicio que considera la contratación, en los días y horarios establecidos, de manera presencial:

- **Módulo 1:** Inmueble de **“Parque Nacional de la Justicia”**, ubicado en la Carretera México-Toluca No. 1375, Col. San Gabriel, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01320, Ciudad de México.
- **Módulo 2:** Oficina de la **Policía Federal Ministerial**, ubicada en Av. de la Moneda No. 333, Col. Lomas de Sotelo, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, a un costado del banco HSBC, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.
- **Módulo 3:** Oficina del **Centro Federal Pericial Forense**, ubicado en Av. Río Consulado No. 715, Colonia Santa María Insurgentes, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, C.P. 06430 Ciudad de México, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.
- **Módulo 4:** Oficina de la **Fiscalía Especializada en materia de Delincuencia Organizada**, ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 72, Colonia Guerrero, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, C.P. 06300 Ciudad de México, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

En caso de que **“LA FISCALÍA”**, por necesidades del servicio, requiera la instalación de un número adicional de módulos de atención, en los mismos u otros inmuebles, el Administrador del Contrato lo comunicará a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** para convenir y coordinar su instalación y funcionamiento.

En cada módulo se llevará un registro de las personas atendidas diariamente, debiendo **“SEGUROS ATLAS S.A.”** proporcionar al Administrador del Contrato, al término de cada mes, un reporte de los casos atendidos.

El número de personas que brindará la atención en cada módulo, podrá ser definido por **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, sin que esto afecte el servicio, conforme a las especificaciones del Anexo Técnico y a lo indicado en el inciso “F) MECANISMOS DE VERIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.”

TRIGÉSIMA NOVENA.– TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Toda la información que se derive del cumplimiento de la presente contratación, estará sujeta al tratamiento estipulado en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

CUADRAGÉSIMA.– ENTREGABLES

“SEGUROS ATLAS S.A.” tendrá la obligación de entregar a **“LA FISCALÍA”**, a través del Administrador del Contrato, en su caso, los **documentos y servicios** que se señalan en el presente apartado, en los plazos establecidos para cada caso, en el entendido de que se aplicarán las penas convencionales correspondientes si se presenta atraso en la entrega, conforme a lo dispuesto en el rubro de PENAS CONVENCIONALES de este documento.

1.- CARTA COBERTURA.

“SEGUROS ATLAS S.A.” entregará a **“LA FISCALÍA”**, a través del Administrador del Contrato, a más tardar el día hábil siguiente a la fecha de la notificación del fallo la Carta Cobertura que ampare la prestación del servicio por la vigencia contratada, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

2.- CERTIFICADOS Y TARJETAS INDIVIDUALES DE ASEGURAMIENTO.

“SEGUROS ATLAS S.A.” entregará al Administrador del Contrato, dentro de los **20 (veinte) días hábiles** posteriores a la fecha en que se le proporcione la información necesaria, los Certificados y Tarjetas Individuales de Aseguramiento de cada persona Asegurada, mediante medios digitales y/o electrónicos, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Los Certificados Individuales deberán contener por lo menos los siguientes datos: Nombre de la persona Asegurada Titular, y en su caso, nombre de su cónyuge, concubina(o), hijos y ascendientes; parentesco; sexo; fecha de nacimiento; edad; inicio y término de vigencia; fecha de antigüedad reconocida; fecha de ingreso a la colectividad asegurada; suma asegurada básica o suma asegurada potenciada, en su caso, y el importe de la prima a cargo de la persona Asegurada, con I.V.A. desglosado; deducible (indicar que es de acuerdo con el hospital y con base en las Condiciones Generales), coaseguro, y principales coberturas.

Para cada movimiento de alta, baja y/o modificación (cambios de nivel), duplicados de pólizas, recibos fiscales, etc., **“SEGUROS ATLAS S.A.”** entregará en medios digitales y/o archivo electrónico, todos los certificados, endosos y/o recibos, solicitados de conformidad con las remesas remitidas por **“LA FISCALÍA”**, en apego a los plazos establecidos en el apartado de penas convencionales.

Los Certificados y Tarjetas Individuales de Aseguramiento que se requieran, derivado de los movimientos de altas, exclusiones, modificaciones, etc., a la colectividad, serán entregados dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores a la fecha en que se remita la remesa correspondiente, a través de correo electrónico.

“SEGUROS ATLAS S.A.” entregará dentro de los **3 (tres) días hábiles** posteriores a la fecha de solicitud de **“LA FISCALÍA”**, las constancias de aseguramiento personalizadas, a solicitud de las personas Aseguradas Titulares. La

información mínima que contendrá dicha constancia es: número de póliza, vigencia, suma asegurada, principales coberturas, desglose de asegurados, indicando parentesco, número de certificado, fecha de alta, fecha de ingreso a la colectividad asegurada y fecha de antigüedad.

Es responsabilidad absoluta de la persona asegurada verificar y, en su caso, notificar de inmediato cualquier dato incorrecto que se advierta en los certificados y tarjetas individuales, así como en las constancias de aseguramiento personalizadas, y en algún otro documento o información relacionados con el presente servicio.

3.- RED DE HOSPITALES, MÉDICOS POR ESPECIALIDAD, PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS AUXILIARES, MÉDICOS COORDINADORES E INSTALACIONES EN GENERAL CON LAS QUE DEBERÁ CONTAR “SEGUROS ATLAS S.A.”.

Para la contratación del servicio es indispensable que **“SEGUROS ATLAS S.A.”** cuente con red de médicos, hospitales (privados y/o públicos), farmacias, laboratorios (legalmente constituidos), y toda la infraestructura indicada en el Anexo Técnico, así como Médicos Coordinadores y dictaminadores, para prestar el servicio a las personas Aseguradas que conforman la colectividad. La Red Médica deberá estar a disposición de las personas Aseguradas a través de Internet y el Centro de Atención Telefónica sin restricción alguna.

La red de todos los servicios señalados en el párrafo anterior, deberá ser entregada en archivo digital al Administrador del Contrato, dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores a la fecha de notificación del fallo, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

La red de hospitales y médicos especialistas deberá estar disponible sin restricción alguna en las 32 entidades federativas de la República Mexicana, y la información actualizada de estos en la página de Internet correspondiente, así como a través del Centro de Atención Telefónica, a efecto de que se brinde la atención que requieran todos las personas Aseguradas.

“SEGUROS ATLAS S.A.” es responsable de la calidad del servicio y de las consecuencias de éste, cuando es proporcionado por médicos y hospitales de la Red Médica que ampara la presente contratación. **“LA FISCALÍA”** no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivado de dicho servicio.

Red de Médicos Especialistas.

“SEGUROS ATLAS S.A.” deberá acreditar una Red de Médicos mínima, conforme a los requisitos establecidos en la propuesta técnica del Anexo Técnico, la cual deberá estar a disposición de todas las personas Aseguradas, sin restricción alguna, en todas las entidades federativas de la República Mexicana.

La Red de Médicos Especialistas deberá proporcionarse en formato de Excel con los siguientes datos:

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	NÚM. DE CÉDULA PROF. DE LA ESPECIALIDAD	ESTADO	CIUDAD	DOMICILIO	TELÉFONO DE OFICINA

Cuando algún médico tenga más de una especialidad, el nombre del médico deberá aparecer en cada una de las especialidades.

El tipo de especialidades mínimas que son requeridas con cobertura y servicio habilitado en las 32 entidades federativas de la República Mexicana sin restricción alguna se citan a continuación, como un ejemplo enunciativo más no limitativo: Angiología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología–Obstetricia, Hematología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Oncología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Reumatología, Urología, etc.

En caso de que en alguna entidad federativa no se cuente con el médico de la especialidad que sea requerida para la atención de algún siniestro reclamado, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” se obliga a realizar las acciones correspondientes para proporcionar el médico especialista que sea necesario para brindar la atención del siniestro, inclusive a través de terceros, evitando así el traslado de pacientes a otras entidades. “**SEGUROS ATLAS S.A.**” vigilará que los médicos terceros se ajusten a los tabuladores de honorarios, evitando así que la persona Asegurada cubra cuotas adicionales.

El Administrador del Contrato podrá solicitar a “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, con base en el comportamiento de la siniestralidad, los movimientos de la colectividad, las necesidades del servicio, entre otras circunstancias, si así lo considera necesario, la inclusión de médicos a la **Red de Médicos Especialistas**, con el propósito de cubrir la demanda del servicio en todas las entidades federativas de la República Mexicana; debiendo “**SEGUROS ATLAS S.A.**” realizar dichas inclusiones en el tiempo oportuno para prestar el servicio, sin que esto implique incremento en las tarifas pactadas.

Servicios médicos auxiliares.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá contar con servicios médicos auxiliares y complementarios, habilitados y funcionando en todas las entidades federativas de la República Mexicana, a efecto de garantizar la adecuada y oportuna prestación del servicio, tales como: *farmacias, laboratorios, ambulancias, estudios de gabinete, oxígeno, medicina física y rehabilitación, aparatos ortopédicos, entre otros.*

Médicos Coordinadores, oficinas, centros de atención y módulos hospitalarios.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá contar con el número de Médicos Coordinadores necesarios para cubrir la demanda del servicio en todas las entidades federativas de la República Mexicana, así como oficinas, centros de atención y módulos hospitalarios que deberán realizar las siguientes actividades, según corresponda, las cuales son enunciativas más no limitativas:

- a) Recibir documentación para los trámites de cirugía programada en horarios hábiles y dar respuesta en un máximo de 05 días hábiles posteriores a la fecha en que se determinó procedente el procedimiento médico.
- b) Recibir los documentos para trámites de reembolso, brindando una respuesta en un máximo de 5 días hábiles (sea procedente o no).
- c) Orientar y asesorar sobre los servicios que considera la contratación; inclusive, si es necesario proporcionar la atención personalizada acudiendo al hospital en donde se requiera el servicio.
- d) Revisar el expediente clínico de la persona Asegurada.
- e) Informar y aclarar al paciente o a sus familiares, cualquier duda relacionada con el dictamen del siniestro y sobre los gastos no cubiertos durante su estancia hospitalaria.

4.- ACTUALIZACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA RED DE HOSPITALES, MÉDICOS POR ESPECIALIDAD, PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS AUXILIARES, MÉDICOS COORDINADORES E INSTALACIONES EN GENERAL.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” durante la vigencia del contrato deberá asegurar la Red mínima requerida de Hospitales, Médicos Especialistas, Servicios Médicos Auxiliares, Médicos Coordinadores e instalaciones en general, conforme se

indica en la propuesta técnica; asimismo, deberá procurar ampliar dichos servicios a través de la formalización de los convenios respectivos, por lo que dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores al término de cada bimestre, deberá proporcionar al “Administrador del Contrato”, por correo electrónico, las Redes de servicios antes mencionadas, actualizadas y vigentes, debiendo especificar los nuevos convenios que se realicen con los diferentes proveedores de servicios en el transcurso de la vigencia, así como aquellos que se hayan dado de baja de las diferentes Redes de “**SEGUROS ATLAS S.A.**”, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” promoverá con el mayor número de hospitales que sea posible, las acciones respectivas, con el propósito de que a las personas Aseguradas se les exima del depósito requerido al momento de su ingreso para cualquier tratamiento o urgencia médica.

5.- CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT).

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” pondrá a disposición de las personas aseguradas un Centro de Atención Telefónica (CAT) que tendrá como objetivo brindar la atención permanente a todas las personas aseguradas que requieran algún tipo de servicio, trámite y asesoría, conforme a las especificaciones de la presente contratación, el cual deberá estar integrado por personal debidamente capacitado para resolver cualquier requerimiento, y funcionar a nivel nacional las 24 horas del día; dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” garantizará líneas telefónicas accesibles que estarán en funcionamiento las 24 horas del día, todos los días, durante toda la vigencia del contrato, a disposición de las personas aseguradas para la atención de lo siguiente:

- Urgencias médicas;
- Información de descuentos en la red de prestadores de servicios médicos auxiliares y red de médicos, por localidad y especialidad;
- Información de requisitos y estatus de trámites de reembolso y cirugía programada;
- Información sobre coberturas, beneficios y aplicación de pago de deducible y coaseguro;
- Información de centros de atención y módulos hospitalarios por localidad, y los que se requieran adicionalmente para la prestación del servicio de manera eficiente y oportuna.

6.- INTEGRACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN LA PÁGINA DE INTERNET DE “SEGUROS ATLAS S.A.”.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” habilitará, dentro de los **20 (veinte) días hábiles** posteriores a la fecha de notificación del fallo, en su página de Internet principal, un espacio exclusivo para “**LA FISCALÍA**”, en donde se ubique por lo menos la siguiente información:

- Condiciones Generales actualizadas de “**La Póliza**”;
- Formatos para llevar a cabo los trámites de programación de cirugía y reclamación de reembolsos;
- Red de hospitales, médicos especialistas y servicios médicos auxiliares, completas y actualizadas, con datos de contacto y ubicación;
- Datos del Centro de Atención Telefónica;
- Ubicación y horarios de los centros de atención y módulos hospitalarios;
- Correos electrónicos específicos para los trámites de reclamaciones de reembolsos y programación de cirugías, y la que se requiera adicionalmente para la prestación del servicio de manera eficiente y oportuna.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” proporcionará por escrito o correo electrónico al Administrador del Contrato, los datos de la **página de Internet**, la cual podrá ser elaborada libremente, cuidando que el ingreso y la localización de la información sea segura, de fácil acceso y entendible, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

7.- CARÁTULA DE LA PÓLIZA COLECTIVA.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” entregará dentro de los **15 (quince) días hábiles** posteriores a la fecha en que el Administrador del Contrato le proporcione la información necesaria, la Carátula de la Póliza que corresponde a la Colectividad asegurada, la cual deberá contener por lo menos:

- Número de la póliza.
- Nombre o razón social del contratante.
- RFC del contratante.
- Domicilio fiscal del contratante.
- Ramo.
- Vigencia de la póliza.
- Suma asegurada.
- Deducible y coaseguro, etc.

8.- TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (TABLA DE I.Q.).

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” entregará a “**LA FISCALÍA**” dos tablas con los tabuladores de honorarios médicos por intervención quirúrgica o tratamiento, en formato Excel, dentro de los **15 (quince) días hábiles** posteriores a la fecha de notificación del fallo; una para el sistema de Pago Directo, y otra para Reembolso, debiendo esta última ser más alta, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas; en el entendido de que el monto máximo a considerar para dichas tablas de I.Q., es el equivalente al valor vigente de **60 UMAM**.

9.- INSTALACIÓN DE MÓDULOS DE ATENCIÓN Y SERVICIOS.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” instalará, por su cuenta y cargo, los módulos de atención y servicios establecidos, dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores a la fecha de inicio de la vigencia de la prestación del servicio de la presente contratación, en los inmuebles de “**LA FISCALÍA**”, conforme se indica en el Anexo Técnico, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Para la atención de los módulos requeridos, es necesario que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” asigne como mínimo un ejecutivo capacitado para la atención de las personas Aseguradas, con el equipo y herramientas suficientes para prestar el servicio de manera efectiva.

Al término de la vigencia del Contrato, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá desocupar los módulos de servicios, dejándolos libres de mobiliario y objetos, y limpios, dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha del citado término.

10.- OPERACIÓN DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN Y SERVICIOS.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” garantizará la prestación del servicio de manera permanente y presencial, con la designación de ejecutivos capacitados para proporcionar asesoría y facilitar los trámites.

Si por alguna razón el ejecutivo designado no puede presentarse en el módulo, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá notificarlo al Administrador del Contrato dentro de los 3 (tres) días hábiles previos, estableciendo alternativas de solución para no afectar el servicio, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas; en el entendido de que el módulo no podrá permanecer sin la presencia del ejecutivo por más de dos días hábiles consecutivos, salvo que así se convenga entre las partes.

11.- APERTURA DE CUENTAS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA LA RECEPCIÓN Y ENVÍO DE INFORMACIÓN.

“**LA ASEGURADORA**” deberá habilitar y proporcionar al Administrador del Contrato tres cuentas de correo electrónico dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores a la fecha de notificación del fallo, nombradas adecuadamente para que las personas aseguradas realicen los trámites correspondientes: uno para programación de cirugías, otro para reembolsos, y el tercero para el envío de Remesas, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

12.- RELACIÓN DE MÉDICOS CON FUNCIÓN DE ÁRBITROS.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” entregará a “**LA FISCALÍA**”, dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la fecha de notificación del fallo, una relación de médicos que fungirán como árbitros, en caso de resultar necesario por la prestación del servicio, la cual deberá contener por lo menos el nombre completo del médico, número de cédula profesional, nombre de la especialidad que ejerce, domicilio, correo electrónico y teléfonos de contacto, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” garantiza que el médico designado en cada caso, cuente con la especialidad necesaria para que la función de árbitro se ejecute con objetividad, ética, imparcialidad, honradez, conocimiento y profesionalismo.

13.- CONDICIONES GENERALES.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” proporcionará dentro de los **7 (siete) días hábiles** posteriores a la fecha de notificación del fallo, las Condiciones Generales de “**La Póliza**”, las cuales deberán ser una transcripción del contenido del Anexo Técnico de la Convocatoria del procedimiento de Licitación, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Adicionalmente, en caso de resultar necesario, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” proporcionará la asesoría u orientación a las personas aseguradas sobre el contenido de las Condiciones Generales, ya sea a través de talleres, material impreso o digitalizado, con el propósito de mejorar y agilizar el servicio en general.

14.- CARTA DE AUTORIZACIÓN O CARTA PASE PARA INTERVENCIÓN MÉDICA.

“**SEGUROS ATLAS S.A.**” proporcionará a la persona Asegurada requirente, dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la fecha en que determinó procedente el procedimiento médico, la Carta Autorización, Carta Pase o el documento respectivo que autorice la programación de cirugía, tratamiento o la intervención médica que la misma ampare, la cual deberá ser aceptada sin restricciones por el área de admisión del hospital, el médico tratante o el proveedor del servicio que se trate, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

15.- RESOLUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CUANDO LA CARTA DE AUTORIZACIÓN, CARTA PASE O EL SERVICIO SEAN RECHAZADOS.

En caso de negativa en la prestación del servicio o rechazo de la Carta Autorización o Carta Pase por parte de algún médico u hospital de la Red, por causas no imputables a la persona Asegurada, “**SEGUROS ATLAS S.A.**” deberá resolver la situación dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la fecha en que se le notifique la denegación del servicio, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

16.- RESOLUCIÓN DE LOS TRÁMITES DE REEMBOLSO.

“SEGUROS ATLAS S.A.” proporcionará a la persona Asegurada la resolución de la reclamación de Reembolso en un plazo máximo de **5 (cinco) días hábiles** (sea procedente o no), a partir de la fecha en que se ingresó la solicitud a “SEGUROS ATLAS S.A.”, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

17.- REPORTE SEMANAL DE REEMBOLSOS RECIBIDOS POR “SEGUROS ATLAS S.A.”

“SEGUROS ATLAS S.A.” proporcionará a “LA FISCALÍA” un reporte semanal que considere todos los casos de reclamaciones o solicitudes de Reembolsos que haya recibido, sin importar si son procedentes o no, conforme al formato establecido, **el día lunes de cada semana**, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

En caso de que el día lunes resulte inhábil, el reporte deberá ser entregado al siguiente día hábil en el mismo horario señalado.

El reporte deberá ser remitido vía correo electrónico en formato Excel al Administrador del Contrato, el cual debe contener los siguientes datos:

1. No. consecutivo
2. Entidad federativa
3. Folio/No. de siniestro
4. RFC del Asegurado titular
5. Nombre del Asegurado titular
6. Fecha de recepción de la reclamación
7. Fecha de respuesta a la reclamación
8. Estatus del trámite, y
9. En caso de rechazo del trámite, indicar el motivo de éste.

18.- REPORTE DE SINIESTRALIDAD (QUINCENAL Y TRIMESTRAL).

• Reporte Quincenal:

“SEGUROS ATLAS S.A.” entregará **los días 15 y 30 de cada mes**, un reporte de siniestralidad acumulado, en los formatos de Excel establecidos por “LA FISCALÍA”, separado en hojas de trabajo, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas. En caso de que alguno de los días señalados sea inhábil, se entregará al siguiente día hábil.

• Reporte Trimestral:

“SEGUROS ATLAS S.A.” entregará dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores al término de cada trimestre, un reporte de siniestralidad en los formatos de Excel establecidos por “LA FISCALÍA”, separado en hojas de trabajo, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Los reportes de siniestralidad en formato Excel deben contener por columna los siguientes rubros; debiendo “SEGUROS ATLAS S.A.” evitar registros duplicados o la omisión de algún dato:

- No. consecutivo
- RFC del Titular
- Apellido paterno del Titular

- Apellido materno del Titular
- Nombre(s) del Titular
- Sexo del Titular (F o M) *(Se refiere a F: femenino o M: masculino)*
- Suma asegurada básica (74, 111, 148 y 185 UMAM)
- Equivalente en pesos de la suma asegurada básica
- Suma asegurada remanente *(Es el monto que resulta de la diferencia entre la suma asegurada básica y el importe pagado)*
- Monto excedido *(Se refiere al importe de los gastos que excedió la suma asegurada básica)*
- Apellido paterno del afectado
- Apellido materno del afectado
- Nombre(s) del afectado
- Sexo del afectado (F o M) *(Se refiere a F: femenino o M: masculino)*
- Edad del afectado *(Señalar únicamente años cumplidos)*
- Tipo de asegurado afectado *(Titular= T, Cónyuge=C, Hijo=H, Ascendiente=A)*
- Número de siniestro *(Se refiere al número de siniestro que asigna la Aseguradora)*
- Fecha del siniestro (DD/MM/AAAA)
- Fecha de la reclamación (DD/MM/AAAA)
- Fecha de pago (DD/MM/AAAA)
- Nombre del padecimiento (diagnóstico)
- Tipo de especialidad
- Tipo de siniestro (Accidente o Enfermedad)
- Nombre completo del médico tratante *(Comenzando por nombres y apellidos)*
- Nombre del hospital *(Nombre comercial)*
- Tipo de pago (Reembolso, Directo, No procede)
- Carta Pase (Sí=S / No=N)
- Importe del deducible aplicado
- Importe del coaseguro aplicado
- Importe pagado con I.V.A.

Las hojas de trabajo de los Reportes de Siniestralidad deberán integrarse de la forma siguiente:

- Siniestralidad de la suma asegurada básica;
- Siniestralidad de la suma asegurada incrementada (potenciación);
- Siniestralidad de ascendientes;
- Siniestralidad de casos especiales autorizados, y
- Siniestralidad de apoyo psiquiátrico de casos especiales.

En cualquier momento, “LA FISCALÍA” podrá solicitar la documentación soporte que compruebe cada uno de los casos incluidos en los reportes de la siniestralidad, debiendo “SEGUROS ATLAS S.A.” proporcionar dicha información.

El intercambio de información que deban efectuar “LA FISCALÍA” y “SEGUROS ATLAS S.A.”, inclusive lo relativo a los reportes de siniestralidad, será con el propósito de preservar la continuidad del servicio que considera la presente contratación; por lo que en toda actividad que resulte necesaria para la prestación del servicio deberá observarse lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

19.- CARTAS REMANENTES.

“SEGUROS ATLAS S.A.” proporcionará, dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la fecha en que reciba la solicitud, las Cartas Remanentes que sean requeridas por “LA FISCALÍA” por correo electrónico, durante la vigencia del Contrato y en fechas posteriores al término de ésta, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

20.- RECIBOS FISCALES DE POTENCIACIÓN Y/O INCLUSIÓN DE ASCENDIENTES.

“SEGUROS ATLAS S.A.”, proporcionará (conforme a las disposiciones aplicables en la materia) a “LA FISCALÍA” los recibos fiscales de las personas servidoras públicas que decidieron contratar la potenciación o la inclusión de ascendientes, dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la fecha de la solicitud que efectúe “LA FISCALÍA”, en formato PDF y archivo electrónico. En su caso, la información deberá estar identificada y clasificada por unidad administrativa y RFC, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Para efectos de lo anterior, “LA FISCALÍA” proporcionará a “SEGUROS ATLAS S.A.”, con la debida antelación, los datos fiscales de las personas servidoras públicas vía correo electrónico.

21.- REPORTE DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA.

“SEGUROS ATLAS S.A.” al término de la vigencia de la póliza deberá entregar un reporte que considere todos los casos de las personas Aseguradas que se mantienen en hospitalización, **a más tardar a las 18:00 horas del último día hábil de la vigencia del Contrato que se formalice**, con el propósito de que no se interrumpa el servicio con la nueva póliza, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

Dicho reporte deberá elaborarse en formato Excel y contener la siguiente información:

No.	FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL	NOMBRE COMPLETO	SUMA ASEGURADA CON LA QUE APERTURÓ EL SINIESTRO	SUMA POTENCIA DA	DIAGNÓSTICO	HOSPITAL	MONTO EROGADO A LA FECHA DEL REPORTE

22.- EXPEDIENTE PARA CONCILIACIÓN DE CASOS ESPECIALES.

“SEGUROS ATLAS S.A.” deberá remitir dentro de los primeros **15 (quince) días hábiles** posteriores al término de cada trimestre, un expediente con la documentación de los casos especiales autorizados que hayan requerido el servicio, para revisión, conciliación y cotejo, con el objeto de que “LA FISCALÍA” esté en condiciones de realizar los pagos conforme al procedimiento establecido.

El expediente en cita deberá estar integrado con la siguiente documentación:

- Copia del "Formato de Autorización de Casos Especiales del SGMM" emitido por “LA FISCALÍA”;
- **Facturas** de cada pago realizado a los servicios hospitalarios, honorarios médicos, medicamentos, tratamientos, rehabilitación, etc.;
- Verificación del Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) del SAT;
- Comandas o estados de cuenta de hospitales;
- Formato de Excel el cual deberá contener los siguientes datos:
 - ✓ No. de Autorización del "Formato de Autorización de Casos Especiales del SGMM";
 - ✓ Fecha de la Autorización;
 - ✓ Nombre completo del asegurado;

- ✓ No. de siniestro;
- ✓ Monto autorizado;
- ✓ Descripción del padecimiento;
- ✓ Estatus del caso especial;
- ✓ No. de la carta de autorización de pago directo;
- ✓ Tipo de factura (médico u hospital);
- ✓ No. de factura (CFDI)
- ✓ Fecha de expedición;
- ✓ Descripción de la factura, y
- ✓ Monto de la factura con I.V.A.

Dicho formato podrá ser modificado y/o ajustado por el Administrador del Contrato con la debida notificación a **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, de acuerdo con las necesidades del servicio.

“SEGUROS ATLAS S.A.” deberá remitir las facturas para pago, las cuales no deberán rebasar el monto autorizado por **“LA FISCALÍA”** en el formato respectivo. En caso de que **“SEGUROS ATLAS S.A.”** detecte que el monto erogado es mayor a la suma autorizada, deberá remitir un nuevo formato de “Notificación de Suma Asegurada Contratada Agotada”, por el monto excedente, adjuntando la documentación necesaria que sustente lo solicitado, para validación y en su caso aprobación de **“LA FISCALÍA”**.

La(s) factura(s) y/o recibo(s) que se remitan de manera electrónica incluyendo los archivos PDF XML, deberán contar con los requisitos fiscales de acuerdo con la legislación vigente.

Los pagos que liquidará “LA FISCALÍA” a “SEGUROS ATLAS S.A.” son aquellos que ésta haya erogado y presente el soporte correspondiente; en el entendido que no puede ser lo erogado más IVA.

El pago de este tipo de siniestros no se considerará en la siniestralidad de la suma básica y/o potenciada, por cuanto que el apoyo económico adicional autorizado es cubierto por **“LA FISCALÍA”**.

23.- CONCILIACIÓN DE MOVIMIENTOS DE LA PRIMA BÁSICA (ALTAS, BAJAS, CAMBIOS DE NIVEL, ETC.).

Para llevar a cabo la conciliación de movimientos, **“SEGUROS ATLAS S.A.”** entregará en formato Excel y a través de correo electrónico, dentro de los **7 (siete) días hábiles** posteriores al cierre de cada trimestre, o según corresponda, un reporte con el resultado de los ajustes o movimientos realizados en ese periodo a la prima básica de la colectividad, relativos a altas, bajas, cambios de nivel, entre otros, los cuales deben corresponder a las Remesas gestionadas por **“LA FISCALÍA”**, así como la descripción del **saldo que resulte** de la aplicación de las citadas modificaciones a la colectividad, con la especificación de si es a favor de la Fiscalía o de la Aseguradora, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

El reporte en formato Excel antes mencionado, para la conciliación de movimientos, deberá considerar, como mínimo, los siguientes datos por columna:

- No. consecutivo
- RFC
- Homoclave
- Apellido paterno
- Apellido materno
- Nombre(s)

- Fecha de Nacimiento
- Sexo
- Tipo de Asegurado (Titular, cónyuge, hijo)
- Suma asegurada básica (74, 111, 148, 185 UMAM)
- Fecha de alta en la colectividad (DD/MM/AAAA)
- Fecha de baja de la colectividad o fecha de corte de la información (DD/MM/AAAA), la cual deberá considerar la última remesa enviada por la Fiscalía.
- Número de días del periodo
- Tarifa diaria con IVA
- Monto total de la prima (resultado de la multiplicación del número de días que comprende el periodo en que causa alta hasta la fecha de baja o corte, por la prima diaria con IVA).

De acuerdo con la anterior, **“LA FISCALÍA”** revisará la información señalada en el punto anterior, y en caso de encontrar diferencias, las notificará de inmediato a **“SEGUROS ATLAS S.A.”** para que de forma conjunta verifiquen dicha situación, hasta concretar la validación de los datos.

24.- PAGO DEL MONTO DERIVADO DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN TRIMESTRAL DE MOVIMIENTOS DE LA PRIMA BÁSICA (ALTAS, BAJAS, CAMBIOS DE NIVEL, ETC).

Si como resultado de la conciliación trimestral de movimientos de la prima básica, se genera un monto a favor de alguna de las partes, éste deberá ser pagado conforme a lo siguiente:

- Si el saldo es a favor de **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, **“LA FISCALÍA”** deberá pagarlo conforme se señala en el apartado CONDICIONES DE PAGO del Anexo Técnico.
- Si el saldo es a favor de **“LA FISCALÍA”**, **“SEGUROS ATLAS S.A.”** deberá liquidarlo dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores al término del proceso de conciliación; o si así lo determina el Administrador del Contrato, en una fecha diferente a la señalada; en el entendido de que, si llegara a presentarse incumplimiento a esta obligación conforme se indica, se aplicará la penalización correspondiente.
- Únicamente con la autorización del Administrador del Contrato el reintegro del saldo a favor de **“LA FISCALÍA”**, podrá efectuarse a través de Nota de Crédito que será descontada de la siguiente factura que **“SEGUROS ATLAS S.A.”** deba entregar, en términos del Anexo Técnico.
- Si **“LA FISCALÍA”** así lo determina, podrán llevarse a cabo Conciliaciones de movimientos en un periodo distinto al señalado, debiendo **“SEGUROS ATLAS S.A.”** cumplir con las obligaciones y plazos dispuestos en el presente apartado.

Tanto **“SEGUROS ATLAS S.A.”** como **“LA FISCALÍA”**, como resultado de cada Conciliación de movimientos, deberán finiquitar en su totalidad el adeudo o devolución de primas en los términos establecidos en el Anexo Técnico, de lo contrario se harán acreedores a las sanciones contempladas por la legislación penal, civil y/o administrativas que resulten aplicables.

Cuando se trate de la conciliación de movimientos de la prima básica (altas, bajas, cambios de nivel, etc.), correspondientes al cierre de la póliza o conclusión del contrato, los plazos establecidos en los numerales 23 y 24 de la condición **CUADRAGÉSIMA.– ENTREGABLES**, del Anexo Técnico, **se ajustarán invariablemente, a efecto de dar cumplimiento con lo dispuesto en el penúltimo párrafo del Artículo 54 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.**

25.- REPORTE SEMANAL DE HOSPITALIZADOS (TITULARES Y/O BENEFICIARIOS).

“SEGUROS ATLAS S.A.” proporcionará al Administrador del Contrato **los días lunes de cada semana** un reporte acumulado que contenga todos los casos de las personas que registren un ingreso hospitalario, ya sea en hospital de la Red u otro, el cual deberá ser entregado vía correo electrónico en formato Excel, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

El reporte en Excel deberá contener por lo menos los siguientes datos:

N o.	ENTIDAD FEDERATIVA	No. SINIESTRO	FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL	RFC DEL ASEGURADO	NOMBRE DEL ASEGURA DO	SUMA ASEGURADA CON LA QUE APERTURÓ EL SINIESTRO	SUMA POTENCIA DA	NOMBRE DEL HOSPITAL	DIAGNÓSTICO	TIEMPO HOSPITALI ZADO (EN DÍAS)	ESTADO DEL ASEGURADO	PARENTES CO

26.- ENDOSOS POR ALTAS, BAJAS Y DIVERSOS MOVIMIENTOS A LA PÓLIZA.

“SEGUROS ATLAS S.A.”, derivado de los endosos por movimientos de altas, bajas y otros cambios a la póliza que consideren las Remesas remitidas por “LA FISCALÍA”, proporcionará los certificados individuales correspondientes dentro de los **10 (diez) días hábiles** posteriores a la recepción de dichas Remesas, de lo contrario se aplicarán las penas convencionales establecidas.

A) PLAZO DE CUMPLIMIENTO

El servicio deberá brindarse a partir de las 00:01 horas del 01 de enero de 2026 y hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2026 (12 meses).

B) FIRMA Y VIGENCIA DEL CONTRATO.

La firma del contrato que se derive de la presente contratación se llevará a cabo dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes al de la notificación del fallo, conforme lo señalado en la subsección II.6.4. Formalización del contrato, numeral 16 de las Disposiciones. Dicha firma se realizará en la **Administración Especializada de Contratos y Control de Información**, sita en calle Rio Elba No. 17, Piso 8, colonia Cuauhtémoc, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, C.P. 06500, en el teléfono 555346-0000, extensión 504858.

La vigencia del contrato será a partir del 01 de enero de 2026 y hasta el 31 de diciembre de 2026.

C) CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

El servicio deberá ser proporcionado por el licitante que resulte adjudicado **de las 00:01 hrs. del día 01 de enero de 2026 y hasta las 24:00 hrs. del día 31 de diciembre de 2026**, a través de la Red Médica, médicos, oficinas e infraestructura con la que cuente, la cual deberá ser suficiente para garantizar una cobertura que considere a la Ciudad de México y todas las entidades federativas de la República Mexicana, en los términos y condiciones estipulados en el Anexo Técnico.

D) MECANISMOS DE VERIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

El Administrador del Contrato verificará que el servicio sea prestado en estricto apego a lo establecido en el Contrato que se suscriba y el Anexo Técnico, y será responsable de:

- Verificar el eficiente y oportuno funcionamiento del servicio en todas sus especificaciones;
- Validar los movimientos a la colectividad (altas, bajas, cambios de nivel, incremento de suma asegurada, entre otros) y la conciliación de dichos cambios;
- Verificar los reportes de la siniestralidad;
- Corroborar el cumplimiento de los entregables en los plazos establecidos;
- Comprobar el adecuado funcionamiento de los módulos de atención y servicio;
- Notificar a **“SEGUROS ATLAS S.A.”**, y en su caso, a las autoridades correspondientes de **“LA FISCALÍA”**, cuando se detecte el incumplimiento en la prestación del servicio, entre otros.

En caso de incumplimiento dentro de los términos y condiciones establecidos conforme al Contrato que se formalice y el Anexo Técnico, no se dará por recibido dicho servicio y se aplicarán las penas convencionales que correspondan, o en su caso, se solicitará la rescisión del instrumento jurídico, conforme se establece en la subsección II.6.12. Rescisión administrativa de contratos por incumplimiento del proveedor, de las Disposiciones.

Por incumplimiento deberá entenderse como: el acto mediante el cual **“SEGUROS ATLAS S.A.”** deja de proporcionar el servicio en apego a las características, condiciones y plazos establecidos en el Contrato que se suscriba y el Anexo Técnico, y demás documentos relacionados con la contratación.

E) ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.

El Administrador Especializado de Prestaciones de la Unidad de Recursos Humanos de **“LA FISCALÍA”**, Mtro. José Marcos Sosa Betancourt, o quien lo sustituya en el cargo, es el responsable de administrar, dar seguimiento y verificar el cumplimiento del contrato abierto que en su momento se suscriba, de acuerdo con la subsección II.3.8. Solicitudes de contratación, numeral 38 inciso e, subinciso iii, de las Disposiciones, así como de notificar cualquier irregularidad en el servicio a la Unidad Especializada de Recursos, Servicios e Infraestructura Inmobiliaria, o cualquier otra autoridad que resulte competente.

F) EL PRECIO UNITARIO E IMPORTE TOTAL DEL SERVICIO A CONTRATAR.

El **precio unitario de las tarifas diarias de las sumas básica y potenciada**, será fijo durante la vigencia del Contrato, y estará determinado por el costo de las tarifas que sean presentadas por **“SEGUROS ATLAS S.A.”** en la propuesta económica correspondiente.

Los compromisos que se deriven de la presente contratación de servicios se formalizarán mediante la suscripción de un Contrato abierto, conforme al presupuesto aprobado en la Partida Presupuestal **14403** denominada **“Cuotas para el Seguro de Gastos Médicos de Personal Civil”**.

G) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

No aplica por el tipo de contratación del servicio, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra indica:

“Mientras las Instituciones y Sociedades Mutualistas no sean puestas en liquidación o declaradas en quiebra, se considerarán de acreditada solvencia y no estarán obligadas, por tanto, a constituir depósitos o fianzas legales a excepción de las responsabilidades que puedan derivarles de juicios laborales, de amparo o por créditos fiscales”.

“SEGUROS ATLAS S.A.” brindará la oportuna atención de los servicios, sin que medie el otorgamiento de un documento como garantía de cumplimiento, por lo que debe apegarse estrictamente a lo establecido en el Contrato y su Anexo Técnico.

H) PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Todos los licitantes que participen en el proceso licitatorio garantizarán mediante escrito dirigido a la Fiscalía General de la República, en hoja preferentemente membretada, firmada electrónicamente, en el que se manifieste que los servicios se proporcionarán en apego a las características y condiciones determinadas en el Anexo Técnico, a entera satisfacción por parte del Administrador del Contrato. Asimismo, a partir de la notificación del fallo, mediante la **CARTA COBERTURA**, avalará el inicio de la prestación del servicio en apego a las especificaciones del Anexo Técnico.

Todos los gastos que se generen con motivo del reclamo de la prestación del servicio, correrán por cuenta de la Aseguradora que resulte adjudicada.

I) CONDICIONES DE PAGO.

El pago se realizará en una sola exhibición dentro de los **17 (diecisiete) días hábiles** posteriores a la validación de la impresión del Comprobante Fiscal Digital (CFDI) en formato PDF y XML, haciendo constar la entrega, recepción y aceptación del servicio por parte del Administrador del Contrato, mediante el documento que éste elabore, de conformidad con lo establecido en la subsección II.6.9. Plazo y condiciones de pago a proveedores y gastos financieros, de las Disposiciones.

El pago quedará condicionado proporcionalmente al pago que el prestador de servicios que resulte adjudicado deba efectuar por concepto de penas convencionales, con motivo del cumplimiento tardío en que pudiera incurrir.

El CFDI será remitido al Administrador del Contrato a las siguientes direcciones de correo electrónico: jose.sosab@fgr.org.mx y alejandroj.aguilar@fgr.org.mx, en formato PDF para pago y en formato XML solo para su resguardo.

Dichos comprobantes deberán presentarse en moneda nacional; en el entendido de que la prima se pagará en 4 exhibiciones a trimestre adelantado en los meses de enero, abril, julio y octubre, respectivamente. En caso de una ampliación del contrato a través de un convenio modificatorio, habrá una 5ª exhibición de pago a trimestre adelantado en el mes de enero del siguiente ejercicio fiscal correspondiente.

Los CFDI deberán contar con los siguientes datos:

- A. Los señalados en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación aplicable en los Estados Unidos Mexicanos, en donde se indique la descripción del servicio, precio unitario, cantidad y precio total de los mismos y el número de contrato que en su momento se suscriba.
- B. Domicilio fiscal de la institución, localizado en Calle Doctor Velasco, número 175, Colonia Doctores, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, RFC: FGR1812158Z1.

El prestador de servicios que resulte adjudicado deberá presentar al Administrador del Contrato toda la documentación que le sea requerida para el pago correspondiente, tales como: hoja membretada de “**SEGUROS ATLAS S.A.**” con los datos de su cuenta bancaria en la que se realizará el pago de las primas (este documento únicamente se presenta al inicio de la vigencia o en caso de modificación), CFDI vigentes conforme a la validación en la página del SAT: <https://verificacfdi.facturaelectronica.sat.gob.mx/>.

El pago se efectuará mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria del licitante que resulte adjudicado.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido el proveedor, éste deberá reintegrar las cantidades pagadas en exceso, más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que será igual a la establecida por la Ley de Ingresos de la Federación, del ejercicio fiscal correspondiente.

Los intereses se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso en cada caso y se computarán por días naturales desde la fecha del pago, hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de “LA FISCALÍA”, de acuerdo con lo señalado en el artículo 73 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (en adelante LAASSP) de manera supletoria de la legislación federal en materia de adquisiciones, de conformidad con el artículo Séptimo Transitorio de las Disposiciones.

En caso de que el prestador de servicios que resulte adjudicado presente su CFDI con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos de los artículos 89, penúltimo párrafo y 90 del Reglamento de la LAASSP.

Con fundamento en el artículo 67, penúltimo párrafo de la LAASSP y el numeral 21, inciso a de la subsección II.6.4 Formalización del contrato, de las Disposiciones, la Institución podrá otorgar su consentimiento para que el prestador de servicios que haya cumplido totalmente y a satisfacción del Administrador del Contrato con los trámites administrativos y la prestación del servicio requerido, ceda sus derechos de cobro.

J) PENA CONVENCIONAL.

De conformidad con lo dispuesto en la subsección II.6.11. Penas convencionales, de las Disposiciones, en caso de que “**SEGUROS ATLAS S.A.**” se atrase en el cumplimiento de los plazos establecidos para la entrega de los documentos y la prestación de los servicios que se indican en el siguiente recuadro, **se aplicarán las penas convencionales que se señalan a continuación, según sea el caso**, hasta la entera satisfacción de “LA FISCALÍA”, de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en el Anexo Técnico:

- a) **2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el contrato (Inciso H), sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).**
- b) **3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).**
- c) **2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).**
- d) **1 al millar (.001) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).**

La acumulación de las penas convencionales **no excederá el 20% (veinte por ciento) del Importe Total del Contrato**, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Documentos y servicios sujetos a la aplicación de la pena convencional por atraso en su entrega:

No.	DOCUMENTOS Y SERVICIOS	TIEMPO MÁXIMO DE RESPUESTA EN DÍAS HÁBILES	PENAS CONVENCIONALES A APLICAR
1	Carta Cobertura.	1 (un) día hábil posterior a la fecha de notificación del fallo o adjudicación.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

No.	DOCUMENTOS Y SERVICIOS	TIEMPO MÁXIMO DE RESPUESTA EN DÍAS HÁBILES	PENAS CONVENCIONALES A APLICAR
2	Certificados y Tarjetas Individuales de Aseguramiento.	Dentro de los 20 (veinte) días hábiles posteriores a la fecha en que el Administrador del Contrato proporcione la información necesaria.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
3	Red de hospitales, médicos por especialidad, prestadores de servicios médicos auxiliares, Médicos Coordinadores e instalaciones en general con las que deberá contar la aseguradora.	Dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
4	Reporte de actualización y ampliación de la Red de Hospitales, Médicos y otros prestadores de servicios.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores al término de cada bimestre.	1 al millar (.001) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
5	Centro de Atención Telefónica (CAT).	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
6	Integración y actualización de información en la página de Internet de la aseguradora.	Dentro de los 20 (veinte) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
7	Entrega de la Carátula de la Póliza Colectiva.	Dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores a la fecha en que el Administrador del Contrato proporcione la información necesaria.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
8	Tabulador de honorarios médicos por intervención quirúrgica (Tabla de I.Q.).	Dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
9	Instalación de los módulos de atención y servicios.	Dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de inicio de la vigencia de la prestación del servicio de la presente contratación.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
10	Operación de los módulos de atención y servicios. (Notificación de alternativas de solución ante la ausencia del servicio presencial en alguno de los módulos).	Dentro de los 3 (tres) días hábiles previos a la ausencia del servicio presencial.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
11	Apertura de cuentas de correo electrónico para la recepción y envío de información.	Dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
12	Relación de médicos con función de árbitros.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	1 al millar (.001) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
13	Condiciones Generales	Dentro de los 7 (siete) días hábiles posteriores a la fecha de notificación del fallo.	2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
14	Entrega de la Carta de Autorización, Carta Pase o documento respectivo para admisión en hospital o prestación del servicio para el procedimiento médico correspondiente.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha en que se determinó procedente el procedimiento médico.	2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
15	Resolución para la prestación del servicio cuando la Carta de Autorización, Carta Pase o el servicio sean rechazados.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha de notificación de la FGR o de la persona Asegurada.	2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
16	Resolución de los trámites de Reembolso (sea procedente o no).	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles a partir de la fecha en que se ingresó la solicitud a la Aseguradora.	2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

No.	DOCUMENTOS Y SERVICIOS	TIEMPO MÁXIMO DE RESPUESTA EN DÍAS HÁBILES	PENAS CONVENCIONALES A APLICAR
17	Reporte semanal de reembolsos recibidos por la aseguradora.	El día lunes de cada semana.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
18	Reportes de siniestralidad (quincenal y trimestral)	Quincenal: Los días 15 y 30 de cada mes. Trimestral: Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores al término de cada trimestre.	2% (Dos por ciento) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
19	Cartas Remanentes.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha en que reciba la solicitud.	2 al millar (.002) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
20	Recibos fiscales de potenciación y/o inclusión de ascendientes.	Dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la fecha en que reciba la solicitud de la FGR.	1 al millar (.001) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
21	Reporte de casos en hospitalización al término de la vigencia.	A más tardar a las 18:00 horas del último día hábil de la vigencia del Contrato.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
22	Expediente para conciliación de "Casos Especiales".	Dentro de los primeros 15 (quince) días hábiles posteriores al término de cada trimestre.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
23	Conciliación de Movimientos. - Entrega trimestral en formato Excel a la FGR del resultado de los movimientos de altas, bajas, cambios de nivel, entre otros.	Dentro de los 7 (siete) días hábiles posteriores al cierre de cada trimestre.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
24	Pago del monto derivado del proceso de conciliación trimestral	Dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores al término del proceso de conciliación.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
25	Reporte semanal de hospitalizados (titulares y/o beneficiarios).	Todos los días lunes de cada semana.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
26	Certificados individuales derivado de los endosos gestionados a través de Remesas.	Dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores a la recepción de la Remesa de movimientos remitida por la FGR.	3 al millar (.003) por cada día hábil de atraso sobre el presupuesto mínimo a ejercer establecido en el Contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Cuando el entregable se derive de un intercambio de información entre “LA FISCALÍA” y “SEGUROS ATLAS S.A.”, los tiempos establecidos comenzarán a correr una vez que ésta última cuente con la información necesaria, de acuerdo con lo dispuesto en los casos aplicables.

Conforme a lo señalado en el artículo 95, segundo párrafo del Reglamento de la LAASSP, el pago quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales; las cuales deberán liquidarse mediante depósito en el “Banco Mercantil del Norte”, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte, a través del servicio de concentración con número de convenio 149583, Clave de Pago “Sanciones a proveedores” No. 18610105, y CLABE bancaria 072180010975745480, en apego al oficio No. FGR/OM/UDET/0186/2021, remitiendo al Administrador del Contrato el comprobante de pago respectivo, dentro de los **3 (tres) días hábiles** posteriores a la realización del pago. En su caso, el proveedor podrá solicitar por escrito que el pago por concepto de pena convencional sea descontado del pago de los Comprobantes Fiscales Digitales que correspondan, lo cual quedará sujeto a la autorización del Administrador del Contrato.

Estas penas convencionales no descartan que la “LA FISCALÍA” en cualquier momento, posterior al incumplimiento, determine iniciar con el procedimiento de rescisión del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 77 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y subsección II.6.12. Rescisión administrativa de contratos por incumplimiento del proveedor, de las Disposiciones.