

ENDOSO
Seguro de GASTOS MEDICOS
(Grupo)

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión 11/JUN/2007
Vigencia 27/MAY/2007 A 27/MAY/2008
Forma de Pago MENSUAL **Moneda** NACIONAL **Subgrupo** SUBGRUPO CIMAV-I (PLAN SUPEI

Por medio de este documento se hace constar que:

Coberturas	Nacional
Beneficio Máximo	Sin limite
Deducible	2,500.00 M.N.
Coaseguro	10 %
Base de Reembolso	\$ 20,311.46
Procedimientos Terapéuticos	Según Monto por Proc. Terap. PLAN SUPERIOR
Visita Hospitalaria	CUBIERTO **
Visita a Terapia Intensiva	CUBIERTO **
Consulta Médica	CUBIERTO **
Cuarto Sencillo Estándar	CUBIERTO **
Cesárea	Hasta \$ 6,000 M.N. Deducible \$ 0,000 M.N. y Coaseguro 0% Ver Endoso Paq. de Maternidad
Complicaciones del Embarazo	Ver Endoso Paq. de Maternidad
Enfermera	CUBIERTO **
Ambulancia Terrestre	CUBIERTO **
Aparatos y Prótesis	5 % de la S.A. Hasta un Máximo de \$25,000
Urgencias Médicas en el Extranjero	Limite Hasta 50,000 USD Deducible 50 USD Coaseguro 0 %
Ambulancia Aérea	CUBIERTO ***

** Ver Condiciones *** Endoso

Coberturas	Adicionales
Asistencia Médica L. H.	CUBIERTO***
Paquete Ampliación Cobertura	Incluido
Paquete Maternidad	Incluido

México, D.F. a 11 de Junio de 2007



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión 11/JUN/2007
Vigencia 27/MAY/2007 A 27/MAY/2008
Forma de Pago MENSUAL **Moneda** NACIONAL **Subgrupo** CIMAV-II (PLAN SUPERIOR)

Por medio de este documento se hace constar que:

Coberturas	Nacional
Beneficio Máximo	Sin limite
Deducible	6,500.00 M.N.
Coaseguro	10 %
Base de Reembolso	\$ 20,311.46
Procedimientos Terapéuticos	Según Monto por Proc. Terap. PLAN SUPERIOR
Visita Hospitalaria	CUBIERTO **
Visita a Terapia Intensiva	CUBIERTO **
Consulta Médica	CUBIERTO **
Cuarto Sencillo Estándar	CUBIERTO **
Cesárea	Hasta \$ 6,000 M.N. Deducible \$ 0,000 M.N. y Coaseguro 0% Ver Endoso Paq. de Maternidad
Complicaciones del Embarazo	Ver Endoso Paq. de Maternidad
Enfermera	CUBIERTO **
Ambulancia Terrestre	CUBIERTO **
Aparatos y Prótesis	5 % de la S.A. Hasta un Máximo de \$25,000
Urgencias Médicas en el Extranjero	Limite Hasta 50,000 USD Deducible 50 USD Coaseguro 0 %
Ambulancia Aérea	CUBIERTO ***

** Ver Condiciones *** Endoso

Coberturas	Adicionales
Asistencia Médica L. H.	CUBIERTO***
Paquete Ampliación Cobertura	Incluido
Paquete Maternidad	Incluido

México, D.F. a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

GMCLHCES



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	40 S.M.G.M.
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	EL DE LA POLIZA
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	20 %
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	LOS DE LA POLIZA
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de AMBULANCIA AEREA		Observacion 2	

Por medio de este documento se hace constar que:

Se ampara la cobertura de ambulancia aérea para la colectividad asegurada, siempre y cuando se compruebe que en el lugar en donde se encontraba el lesionado no existían los recursos humanos y físicos para atender el accidente o la enfermedad cubierta.

Esta cobertura cuenta con los límites arriba establecidos.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin alteración alguna.

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

ASISTENCIA MÉDICA PCE L.H.

Por medio de este documento se hace constar que:

A partir de esta fecha se adhiere a la contratación de la póliza la siguiente cobertura adicional Asistencia Médica PCE, en los términos que a continuación se describen:

Coberturas

Las coberturas que incluye Asistencia Médica PCE serán proporcionadas por AXA ASSISTANCE, un prestigiado prestador de servicios que Seguros ING, S.A. de C.V. ha contratado debido a la infraestructura con que cuenta, en lo necesario para esta cobertura.

Las siguientes condiciones aplican únicamente para la cobertura Asistencia Médica PCE y mientras dure el servicio de asistencia por parte de AXA ASSISTANCE. Para todos los demás servicios y coberturas aplicarán las condiciones generales del plan contratado.

Los beneficios de esta cobertura serán proporcionados por AXA ASSISTANCE siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y pagada.

Para fines de la cobertura Asistencia Médica PCE se aplicarán las siguientes condiciones:

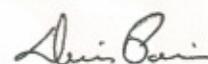
1 Disposiciones Previas

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en el presente Endoso, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1.1 Definiciones

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana



Apoderado

ELIENDAD

AUTOS

DAÑOS

SALUD

VIDA

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

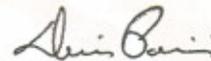
Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

- a. **Compañía:** Toda mención en adelante de La Compañía se refiere a Seguros ING, S.A. de C.V.
- b. **Compañía de Asistencia:** Toda mención en adelante de La Compañía de Asistencia se refiere a AXA Assistance México.
- c. **Beneficiario(s):** Para fines de esta cobertura serán el Titular de la Póliza de Gastos Médicos Mayores y Dependientes Económicos inscritos a la cobertura Asistencia Médica PCE de La Compañía, cuya Póliza sea válida, vigente y emitida por La Compañía.
- d. **Equipo Médico de La Compañía de Asistencia:** El personal Médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta de La Compañía de Asistencia a un Beneficiario.
- e. **Familia:** Cuando se mencione el término "Familia", se referirá exclusivamente al Beneficiario y sus Dependientes, que estén dados de Alta en la Póliza de Gastos Médicos Mayores y que aparezcan en la carátula de dicha Póliza o en el certificado correspondiente.
- f. **Representante:** Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- g. **Residencia Permanente:** El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la Póliza de Gastos Médicos Mayores o cualquier otro medio razonable de comprobación.
- h. **Servicios de Asistencia:** Los Servicios Asistenciales que gestiona La Compañía de Asistencia a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia de un Beneficiario.
- i. **Situación de Asistencia:** Todo Accidente y/o Enfermedad de un Beneficiario ocurrido en los términos y con las limitaciones establecidas en estas

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

ELIENDAD

AUTOS

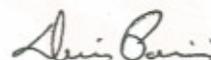
DAÑOS

SALUD

VIDA

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

AUTOS

DAÑOS

SALUD

VIDA

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

por los medios más adecuados incluyéndose sin limitación lo siguiente:

- Si el traslado necesario es desde la Residencia Permanente del Beneficiario y hasta un radio de 100 Km., se incluye: ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias y gravedad de cada caso
 - Si el traslado es a más de 100 Kilómetros del centro de la población de la Residencia Permanente del Beneficiario se incluye: ambulancia aérea, avión de línea comercial, ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias y gravedad de cada caso
- El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado. Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y por Póliza.
- Si el Beneficiario requiere el envío de una ambulancia para personas no incluidas en la Póliza de Gastos Médicos Mayores, tales como: personal doméstico al servicio del propio Beneficiario o invitados, el traslado en la ambulancia será pagado por el Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Beneficiario.

2.2 Consulta Telefónica

- a. A petición del Beneficiario, el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, le asistirá orientando telefónicamente al Beneficiario sobre problemas menores o dudas con relación a:

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

- Utilización de medicamentos.
 - Síntomas o molestias que le estén aquejando.
- Este servicio será proporcionado las 24 horas de los 365 días del año.
- b. El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario, se le direccionará para:
- Enviarle la visita de un Médico a domicilio;
 - Concertarle una cita con un Médico, o en un centro hospitalario;
 - El envío de una ambulancia.

La Compañía de Asistencia no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas, por omisiones del Beneficiario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2.3 Consulta Domiciliaria

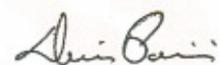
A solicitud del Beneficiario, La Compañía de Asistencia gestionará el envío de un Médico general hasta su domicilio o el lugar donde se encuentre. Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y por Póliza.

El Beneficiario pagará únicamente los primeros \$150.00 Pesos MN, de cada visita domiciliaria, directamente al Médico que esté proporcionando el

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-1	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

3 Obligaciones del Beneficiario

3.1 Solicitud de asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará a los teléfonos designados de la central de alarma de La Compañía de Asistencia, facilitando los datos siguientes:

- Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde La Compañía de Asistencia podrá contactar con el Beneficiario o su Representante.
- Su nombre y, de ser posible, su número de Póliza.
- Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado por causas imputables al Beneficiario, La Compañía de Asistencia no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

3.2 Ambulancia Por Emergencia (Traslado Médico)

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención de La Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberán

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

facilitar:

a. El nombre, domicilio y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresando o el lugar donde se encuentre

b. El nombre, domicilio y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario

El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso por causas imputables al Beneficiario, éste perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia junto con el Médico de cabecera, decidirán cuando es el momento más apropiado para el traslado y determinaran la fecha y los medios más adecuados para el traslado.

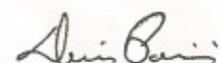
3.3 Normas Generales

a. Mitigación

Al ocurrir el siniestro, el Beneficiario está obligado a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño (u otras Situaciones de Asistencia.)

b. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-1	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por La Compañía de Asistencia, con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia, por lo que La Compañía de Asistencia no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas Condiciones Generales, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

c. Presentación de las Reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha en la que se produzca el gasto.

d. Subrogación

La Compañía de Asistencia quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente y/o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

4 EXCLUSIONES

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

ENDOSO
Seguro de GASTOS MEDICOS
(Grupo)

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

ENDOSO
Seguro de GASTOS MEDICOS
(Grupo)

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

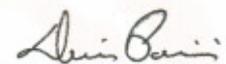
Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	LA DE LA POLIZA
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	EL DE LA POLIZA
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	EL DE LA POLIZA
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	LOS DE LA POLIZA
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de FACTOR DE REEMBOLSO		Observacion 2	

Por medio de este documento se hace constar que:

Endoso Factor de Reembolso

El Factor de Reembolso de cada Procedimiento Terapéutico incluido en las Condiciones Generales correspondientes a esta póliza esta expresado de manera porcentual, por lo que para cualquier efecto dicho factor deberá dividirse entre 100.

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de PAQUETE AMPLIACION COBERTURAS		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

Por medio de este documento se hace constar que los siguientes padecimientos, tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas quedarán cubiertas bajo los parámetros establecidos a continuación:

EXCLUSIVAMENTE EN TERRITORIO NACIONAL SE OTORGARÁN LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

1. Suma Asegurada sin Límite

La suma asegurada contratada en este paquete no tendrá límite, es decir se pagarán todas las reclamaciones cubiertas ya sean iniciales y/o complementarias, sin considerar tope de suma asegurada, siempre y cuando la póliza se encuentra vigente.

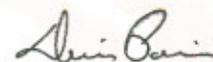
2. Nariz y/o senos paranasales por accidente o enfermedad

Los asegurados deberán tener al menos 2 años de cobertura continua en la póliza para que se cubra el tratamiento médico y/o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales, aún cuando se trate de enfermedad o accidente, sujeto a lo siguiente:

- En accidente o enfermedad cubierta, se deben comprobar las lesiones con historia clínica y estudios de imagenología (radiografías, tomografía, etc.)
- Se aplicará el deducible y coaseguro establecidos en la póliza para la cobertura base, por lo que se anula el 50% de coaseguro para la cobertura de nariz y/o senos paranasales ocasionada por accidente establecido en las condiciones generales.

CONTINUA----->>

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de	PAQUETE AMPLIACION COBERTURAS	Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

El presente endoso modifica la Cláusula 25 del Capítulo de Gastos No Cubiertos y la Cláusula 1 del Capítulo de Gastos Cubiertos con Periodo de Espera en las Condiciones Generales de la póliza.

3. Circuncisión

Si el asegurado tiene al menos 2 años de cobertura continua en la póliza al momento de la intervención quirúrgica, se cubrirán los tratamientos de circuncisión.

El presente endoso modifica la Cláusula 21 del Capítulo de Gastos No Cubiertos en las Condiciones Generales de la póliza.

4. S.I.D.A.

Los asegurados deberán tener al menos 4 años de cobertura continua en la póliza contados a partir de la fecha de vigencia del presente endoso, para que se cubran los tratamientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cuya positividad a los estudios serológicos y confirmación de la enfermedad se hubiera realizado transcurrido el periodo de 4 años de cobertura continua ya mencionado.

El presente endoso cancela la Cláusula 27 del Capítulo de Gastos No Cubiertos en las Condiciones Generales de la póliza.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin alteración alguna.

Póliza : FW17144C
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de PAQUETE DE MATERNIDAD		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

El presente endoso modifica la Cláusula 19 inciso "e" del Capítulo de Gastos Médicos Cubiertos y la Cláusula 3 del Capítulo de Gastos No Cubiertos en las Condiciones Generales de la póliza, en los términos siguientes:

1. Parto Normal

Si la madre asegurada tiene al menos 10 meses de cobertura continua contados a partir de la fecha de vigencia del presente endoso al momento del parto, estarán cubiertos los gastos médicos y/o quirúrgicos y de hospitalización por maternidad, que comprende parto normal, para la asegurada titular o la cónyuge asegurada, con una suma asegurada para esta cobertura de hasta de \$12000.00 pesos, y no se aplicará deducible ni coaseguro.

2. Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio

Están cubiertos los gastos médicos y/o quirúrgicos y de hospitalización a consecuencia complicaciones del embarazo tales como abortos, legrados, partos prematuros o anormales de la asegurada o de la cónyuge del asegurado titular de esta póliza hasta El Gasto Usual Acostumbrado (G.U.A.).

3. Cesárea

Si la madre asegurada tiene al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza al momento de la intervención quirúrgica, se cubrirá la operación cesárea como complicación del embarazo sujeto a lo siguiente:

CONTINUA ----->>

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ASISTENCIA MEDICA PCE L.H.		Observacion 2

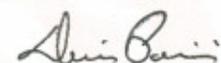
Por medio de este documento se hace constar que:

- 4.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico o después de sesenta (60) días naturales de viaje, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.
- 4.2 Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por La Compañía de Asistencia, por gastos generados en una Situación de Asistencia ya que se trata de que el Asegurado no tenga la necesidad de contratar por su cuenta proveedores de servicio no calificados.
- 4.3 Traslados a causa o como consecuencia de trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, sean en ambulancia o por cualquier otro medio.
- 4.4 Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- 4.5 Además, aplican todas las exclusiones establecidas en estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Línea Hospitalaria.
- Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni modificaciones.

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

ENDOSO
Seguro de GASTOS MEDICOS
(Grupo)

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

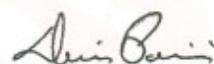
Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de PAQUETE DE MATERNIDAD		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

Están cubiertos los gastos médico-quirúrgicos y de hospitalización ocasionados exclusivamente por la cesárea.

El límite máximo de la cobertura para estos gastos será el que aparezca en la carátula de la póliza, esto es, de acuerdo al plan contratado y no se aplicará deducible ni coaseguro.

Se cubren todas las operaciones de cesárea que ocurran en la vida de la asegurada.



Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	\$ 50,000.00 USD
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	\$ 50.00 USD
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	NINGUNO
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	LOS DE LA POLIZA
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de URGENCIAS MEDICAS EXTRANJERO		Observacion 2	

Por medio de este documento se hace constar que:

La Cobertura de Urgencias Médicas en el Extranjero, se regirá de acuerdo a la siguiente definición:

Para efectos de esta cláusula se entenderá como Urgencia Médica en el Extranjero, cuando el asegurado o alguno de sus dependientes estando de visita en otro país, presente en forma súbita e imprevista cualquier alteración de su estado de salud, sea por accidente o enfermedad, que ponga en peligro su vida o sus funciones corporales y que requiera de tratamiento médico y/o quirúrgico.

Deducible y Coaseguro

Esta cobertura es adicional a la cobertura básica, aplicándose el beneficio máximo y deducible que se establece en la carátula de la póliza. En esta cobertura no se aplicará coaseguro.

Terminación de la Urgencia Médica.

Una vez tratado el paciente y estabilizada su condición patológica y si de acuerdo a la opinión del médico tratante el paciente puede continuar el tratamiento fuera del hospital, esta cobertura cesará.

Pago de Reclamaciones

Esta cobertura funciona en la forma tradicional de reembolso y tiene la opción de ser utilizada como pago directo.

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	\$ 50,000.00 USD
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	\$ 50.00 USD
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	NINGUNO
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	LOS DE LA POLIZA
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de URGENCIAS MEDICAS EXTRANJERO		Observacion 2	

Por medio de este documento se hace constar que:

Sistema de Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza en atención médica de urgencia que:

- No hubiese requerido internamiento mayor a 24 hrs.
- El servicio médico se hubiere proporcionado en hospitales no afiliados.
- Por la situación del internamiento (falta de documentos, duda en cuanto a la vigencia de la póliza, coberturas, alta de asegurados, pagos, etc.) no se hubiera dado autorización de pago directo.

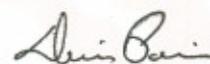
Sistema de Pago Directo

A través de este sistema la Compañía pagará si así lo autoriza, directamente a los médicos y hospitales afiliados sin que el asegurado tenga que realizar desembolso por los gastos erogados, quedando únicamente a su cargo los gastos no cubiertos.

En caso de que el asegurado optara por atenderse en un hospital y con médicos afiliados y que el internamiento sea mayor a 24 hrs., podrá hacer uso del sistema de pago directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, vigencia de póliza, endosos especiales, alta de asegurados, pagos, etc., si procede el inter-

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana



Apoderado

ELIENDAD

AUTOS

DAÑOS

SALUD

VIDA

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	\$ 50,000.00 USD
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	\$ 50.00 USD
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	NINGUNO
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	LOS DE LA POLIZA
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de URGENCIAS MEDICAS EXTRANJERO		Observacion 2	

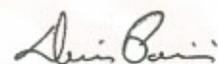
Por medio de este documento se hace constar que:

namiento, la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la póliza en forma directa al hospital y médicos afiliados, eliminando en estos casos la cantidad por concepto de deducible.

Para operar dicho sistema se entregará al asegurado una tarjeta de identificación en la que se consignan los teléfonos de servicios en los que se proporcionará los nombres de los hospitales y médicos afiliados que lo puedan atender. Este sistema se otorgará sin cargo adicional de prima.

Gastos Cubiertos

1. Cuarto semi-privado y alimentos del paciente.
2. Médicos y/o cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
3. Anestesiista. Honorarios profesionales.
4. Suministros en hospital. Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
5. Servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.
6. Servicio de ambulancia terrestre. En la localidad hacia o desde el hospital, siempre y cuando médicamente sea necesario.



ENDOSO
Seguro de GASTOS MEDICOS
(Grupo)

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	\$ 50,000.00 USD
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	\$ 50.00 USD
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	NINGUNO
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	LOS DE LA POLIZA
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de URGENCIAS MEDICAS EXTRANJERO		Observacion 2	

Por medio de este documento se hace constar que:

7. Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico.

Esta cobertura no ampara.

A. Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el médico tratante y la Compañía.

B. Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentren estipulados en las Condiciones Generales de la Póliza.

C. La operación cesárea.

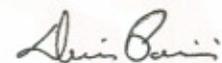
C.N.S.F. OF. No. 06-367-I-1.1/9116, EXP. 732.2 (S-28)/4,

Del 18 de Mayo de 1993.

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de END DE PAGO COMPLEMENTARIOS		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

ENDOSO DE PAGO DE COMPLEMENTOS :

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE HACE CONSTAR LO SIGUIENTE:

QUEDARAN CUBIERTOS LOS GASTOS COMPLEMENTARIOS DE LAS ENFERMEDADES PROCEDENTES QUE HAYAN RECLAMADO EN VIGENCIAS ANTERIORES, Y EN NINGUN MOMENTO SE CONSIDERARA LA REINSTALACION DE LA SUMA ASEGURADA PARA EL PADECIMIENTO EN CUESTION.

AL MOMENTO DE SOLICITAR EL PAGO DE UN COMPLEMENTO SE DEBE DE ANEXAR HISTORIAL DEL SINIESTRO, QUE INCLUYA NOMBRE DE LA PERSONA, PADECIMIENTO, SUMA ASEGURADA CON QUE CONTABA AL MOMENTO DE LA PRIMERA RECLAMACION, ASI COMO MONTO PAGADO A LA FECHA, Y SE VALIDARA QUE APAREZCA EN EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD QUE OBRA EN PODER DE LA COMPAÑÍA.

LO ANTERIOR OPERARA SIEMPRE Y CUANDO EXISTA CONTINUIDAD DE SU COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS EN ESTA O EN OTRA COMPAÑÍA.

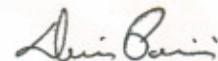
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SUFREN MODIFICACION O ALTERACION ALGUNA.

ANOTADO EN LOS LIBROS DE LA COMPAÑÍA.

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de END ESP. FRANJA FRONTERIZA		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

ENDOSO ESPECIAL FRANJA FRONTERIZA:

Por medio del presente endoso se hace constar lo siguiente:

A PARTIR DE ESTA FECHA QUEDAN CUBIERTOS LOS GASTOS REALIZADOS Y
PROCEDENTES EN LA FRANJA FRONTERIZA CON DOBLE DEDUCIBLE DE LA POLIZA Y
COASEGURO DEL 30% HASTA LA SUMA A SEGURADA DE \$800,000 M.N.

ENTENDIENDOSE COMO FRANJA FRONTERIZA LA EXTENSION TERRITORIAL DE 20 MILLAS
A PARTIR DE LA FRONTERA MEXICANA.

PARA ESTA COBERTURA OPERAN UNICAMENTE LOS DEDUCIBLES Y COASEGUROS AQUÍ
SEÑALADOS POR LO QUE NO APLICARAN LOS QUE APARECEN EN LA CARÁTULA DE LA
PRESENTE POLIZA.

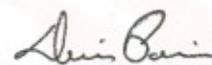
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA NO SUFREN MODIFICACION
O ALTERACION ALGUNA.

ANOTADO EN LOS LIBROS DE LA COMPAÑÍA.

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ESPECIAL PAQUETE MATERNIDAD		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

El presente endoso modifica la Cláusula 19 inciso "e" del Capítulo de Gastos Médicos Cubiertos y la Cláusula 3 del Capítulo de Gastos No Cubiertos en las Condiciones Generales de la póliza, en los términos siguientes:

1. Parto Normal

Si la madre asegurada tiene al menos 10 meses de cobertura continua contados a partir de la fecha de vigencia del presente endoso al momento del parto, estarán cubiertos los gastos médicos y/o quirúrgicos y de hospitalización por maternidad, que comprende parto normal, para la asegurada titular o la cónyuge asegurada, con una suma asegurada para esta cobertura de hasta de 15 S.M.G.M y no se aplicará deducible ni coaseguro.

2. Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio

Están cubiertos los gastos médicos y/o quirúrgicos y de hospitalización a consecuencia complicaciones del embarazo tales como abortos, legrados, partos prematuros o anormales de la asegurada o de la cónyuge del asegurado titular de esta póliza hasta El Gasto Usual Acostumbrado (G.U.A.).

Póliza : **FW17144C**
ORIGINAL

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1
Endoso de ESPECIAL PAQUETE MATERNIDAD		Observacion 2

Por medio de este documento se hace constar que:

3. Cesárea

Si la madre asegurada tiene al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza al momento de la intervención quirúrgica, se cubrirá la operación cesárea como complicación del embarazo sujeto a lo siguiente:

Están cubiertos los gastos médico-quirúrgicos y de hospitalización ocasionados exclusivamente por la cesárea.

El límite máximo de la cobertura para estos gastos será de hasta 15 S.M.G.M, esto es, de acuerdo al plan contratado y no se aplicará deducible ni coaseguro.

Se cubren todas las operaciones de cesárea que ocurran en la vida de la asegurada.

México D. F., a 11 de Junio de 2007

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

ELIENDAD



Apoderado

Contratante.

Nombre CENTRO DE INVESTIGACION EN MATERIALES AVANZADOS, SC

Datos de la Póliza.

Fecha de Emisión	11/JUN/2007	Suma Asegurada	
Vigencia de	27/MAY/2007 a 27/MAY/2008	Deducible	
Forma de Pago	Mensual	Coaseguro	
Moneda	NACIONAL	Procedimientos Terapéu	
Endoso del Subgrupo :	SUBGRUPO CIMAV-I	Observacion 1	
Endoso de PADECIMIENTOS CONGENITOS **		Observacion 2	

Por medio de este documento se hace constar que:

ENDOSO DE PADECIMIENTOS CONGÉNITOS:

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE HACE CONSTAR LO SIGUIENTE:

ADICIONAL A LO SEÑALADO EN CONDICIONES GENERALES, SE CUBREN LOS PADECIMIENTOS CONGÉNITOS QUE PRESENTEN ASEGURADOS NACIDOS FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

*NO SE HAYAN PRESENTADO SIGNOS NI SÍNTOMAS, NI REALIZADO DIAGNÓSTICOS MEDICO A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

*NO HAYAN EROGADO GASTOS POR DICHOS PADECIMIENTOS A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

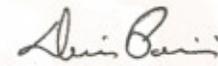
*EL PADECIMIENTO HAYA SIDO DESAPERCIBIDO POR EL ASEGURADO A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SUFREN MODIFICACIÓN O ALTERACIÓN ALGUNA.

ANOTADO EN LOS REGISTROS DE ESTA COMPAÑIA.

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

ELIENDAD

AUTOS

DAÑOS

SALUD

VIDA

Seguros ING, S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325 Piso 11,
10400, México D.F. Tel. 5169-1000
División Metropolitana

México D. F., a 11 de Junio de 2007



Apoderado

ELIENDAD

AUTOS

DAÑOS

SALUD

VIDA