

Condiciones Generales

Salud Óptima Colectivo
Experiencia propia

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE SALUD ÓPTIMA COLECTIVO
EXPERIENCIA PROPIA**

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. DEFINICIONES..... | 1 |
| 2. COBERTURAS BÁSICAS..... | 8 |
| OTROS GASTOS CUBIERTOS..... | 16 |
| COBERTURAS BÁSICAS CON COSTO ADICIONAL PARA EL ASEGURADO..... | 19 |
| I. COBERTURAS AMBULATORIAS..... | 19 |
| GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA..... | 22 |
| 3. EXCLUSIONES GENERALES..... | 25 |
| 4. COBERTURAS ADICIONALES..... | 30 |
| COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO..... | 30 |
| I. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO..... | 30 |
| II. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO..... | 31 |
| III. COBERTURA DENTAL..... | 32 |
| 5. CLÁUSULAS GENERALES..... | 33 |
| CLÁUSULAS OPERATIVAS..... | 40 |
| CLÁUSULAS CONTRACTUALES..... | 42 |
| OBJETO DEL SEGURO..... | 42 |
| CONTRATO..... | 43 |
| PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES..... | 49 |

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros de acuerdo con las Condiciones Generales y especiales contenidas en esta Póliza y tomando en consideración las declaraciones hechas, por el Solicitante de este seguro, que constituyen las bases de este Contrato, cubre a la(s) persona(s) física(s) que se señala(n) en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de la misma contra los riesgos que a continuación se expresan.

De conformidad con el artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que las presentes condiciones generales no contienen abreviaturas de uso no común.

1. DEFINICIONES.

ACCIDENTE CUBIERTO. Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta e involuntaria, que produce lesiones corporales o la muerte y que ameritan que el Asegurado reciba tratamiento médico y/o quirúrgico.

ACCIONES DE SALUD. Es el conjunto de prescripciones e intervenciones destinadas a prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar una Enfermedad, Accidente, trauma o cualquier proceso patológico.

AMBULATORIO. Es toda atención médica que no requiera de hospitalización mayor o igual a 24 horas (procedimientos ambulatorios).

ANESTESIÓLOGO. Médico que ejerce esta especialidad, con certificación del Consejo Mexicano de Anestesiología, A. C.

ANTIGÜEDAD. Es el resultado del tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual, la persona asegurada ha contratado una Póliza de Gastos Médicos Mayores o de Salud.

ASEGURADO. Es el Titular y sus Dependientes Económicos, aceptados como Asegurados por Plan Seguro, mismos que aparecen referidos en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y que residen en la República Mexicana.

ASEGURADO TITULAR. Es aquella persona física mayor de edad, designada por el Contratante quien adquiere el Beneficio de los servicios amparados por la Cobertura de la Póliza que contrata y que reside en la República Mexicana.

ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO. Son las primeras atenciones médicas que recibe el recién nacido para adaptarse a la vida extrauterina.

AYUDANTE. Médico o Cirujano titulado y legalmente autorizado, que asiste durante el desarrollo de una intervención quirúrgica y cuya participación es necesaria para una cirugía.

COASEGURO. Es la cantidad, a cargo del Asegurado, resultante de aplicar el porcentaje establecido en la Carátula de la Póliza al total de los Gastos Médicos Cubiertos después de descontar el Deducible. El Coaseguro se aplicará para cada reclamación incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía Pago Directo.

CONTRATANTE. Es aquella persona física o moral que ha solicitado a Plan Seguro la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas con quienes existe un interés asegurable y que además se compromete a realizar el pago de las Primas del Seguro en su totalidad y por tanto se hace responsable de las declaraciones vertidas en la solicitud las cuales son la base para la apreciación del riesgo.

CURAS DE REPOSO. Son aquellos internamientos u hospitalizaciones las cuales no son necesarias ya que no cuentan con un diagnóstico o padecimiento establecido, o respaldado medicamente.

DEDUCIBLE. Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la carátula de la póliza y se aplica una vez por padecimiento. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado el deducible comienza la obligación de Plan Seguro.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Serán considerados como Dependientes Económicos del Asegurado Titular, para efectos de esta Póliza, las siguientes personas:

- a) El cónyuge o concubino(a) que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 por Código Civil Federal o el lapso menor que en su caso prevea la legislación común del estado al que corresponda.
- b) Los hijos del Asegurado Titular.
- c) Los padres del Asegurado Titular.

EMERGENCIA MÉDICA. Se considerará Emergencia Médica, cuando el Asegurado requiera de Atención Médica inmediata debido a cualquier alteración órgano-funcional repentina, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, de tal severidad que ponga en peligro la vida, la integridad corporal o la funcionalidad de alguno de los órganos del Asegurado.

EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRAJERO. Se considerará Emergencia Médica en el Extranjero, cuando el Asegurado requiera de atención médica inmediata fuera de la República Mexicana debido a cualquier alteración orgánico-funcional repentina, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de tal severidad que ponga en peligro la vida, la integridad corporal o la funcionalidad de alguno de los órganos del Asegurado.

ENDOSO. Documento que forma parte del Contrato de Seguro y que modifica las condiciones del mismo. Lo estipulado en un Endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraonga.

ENFERMEDAD. Es toda aquella alteración en la Salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, indicado por un Médico titulado con Cédula profesional.

ENFERMEDAD CUBIERTA. Se cubrirá cualquier Enfermedad:

- a) Siempre que sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza y;
- b) Cuando no se encuentren dentro de las mencionadas en el apartado de Exclusiones Generales de éstas Condiciones Generales o excluidas mediante Endosos y siempre que cumpla con el Período de Espera establecido en el apartado GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA.

Las Enfermedades, así como su tratamiento médico o quirúrgico, recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad que les dio origen.

ENFERMERA. Persona que ejerce su profesión legalmente autorizada para la práctica de la Enfermería, pudiendo ser Enfermera General o Especializada.

ESTADO DE EBRIEDAD. Cuando el dictamen emitido por el médico adscrito a cualquier dependencia que intervenga y/o tome conocimiento del hecho motivo de la reclamación presentada, determine que el Asegurado presenta intoxicación por ingestión de bebidas

alcohólicas, o a través de la aplicación de cualquier otro método reconocido para detectar los niveles de alcohol, se establezca si existe o no intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas.

EVENTO. Para efectos de este contrato, acontecimiento o suceso que puede ser Enfermedad, Accidente, Maternidad, así como las atenciones y acciones médicas derivadas de estos, que se presentan en determinado tiempo y lugar, puede ser imprevisto o programado, y que puede contar con factores predisponentes o no, y que puede o no ser prevenido.

EXTRAPRIMA. Es la cantidad adicional a la Prima Neta que el Contratante y/o Asegurado se obliga a pagar a Plan Seguro, por cubrir una agravación del riesgo. El origen de la extraprima puede ser por una causa médica u ocupacional.

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO. Es aquel gasto cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y Plan Seguro, en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones, equipos hospitalarios respectivos, a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

El valor actual del Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) es de 45 (cuarenta y cinco) UMAM, y su valor se actualizará de acuerdo a lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), dicha actualización se podrá consultar en la página del INEGI.

HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA. Institución legalmente autorizada para la atención Médico-Quirúrgica que cuente con Médicos y Enfermeras legalmente autorizados para la práctica de su profesión. Para fines de este Contrato, los Hospitales, Sanatorios o Clínicas se clasificarán de acuerdo a un Nivel Hospitalario.

HOSPITALIZACIÓN. Es la estancia continua del Asegurado, mayor a 24 horas en un Hospital, Sanatorio o Clínica, siempre y cuando dicha estancia sea comprobable y justificada para el Padecimiento reclamado.

Dicho período comienza a correr a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno a la Institución y concluye con el Alta que otorga el Médico tratante.

INTERÉS ASEGURABLE. La relación económica que existe entre el Contratante y el Asegurado Titular, así como sus Dependientes Económicos amparados por la Póliza.

INDEMNIZACIÓN. Es la cantidad que está obligada a pagar Plan Seguro al Asegurado en caso de pago por Reembolso y/o al prestador de servicios en colaboración con Plan Seguro en caso de Pago Directo, a consecuencia de un padecimiento de acuerdo a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos, una vez descontado el Deducible en los casos que opere, y posterior al descuento del Coaseguro correspondiente al plan contratado.

INFORME MÉDICO. Documento que debe requisitar el Médico tratante en relación a los antecedentes personales patológicos, signos y síntomas relacionados con el Padecimiento, diagnóstico definitivo y procedimiento a realizar.

INICIO DE COBERTURA. Es la fecha en que el Asegurado es dado de Alta en una Póliza de Salud de Plan Seguro. A partir de esta fecha, se determinará el reconocimiento de la antigüedad de cada uno de los Asegurados, siempre y cuando haya renovado la Póliza con vigencias sucesivas e ininterrumpidas.

INSTRUMENTISTA. Enfermera o Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al Médico tratante en la instrumentación quirúrgica de la cirugía para la atención del Asegurado. El instrumentista no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hijo(a), hermano(a) o cónyuge).

MÉDICO. Persona que ejerce la Medicina alopática y legalmente autorizado para la práctica de su profesión.

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la Medicina alopática y que mediante una residencia médica de posgrado, adquirió los conocimientos médicos relativos a un área específica del cuerpo humano por ejemplo: Médico especialista en corazón-cardiólogo, Médico especialista en pulmón-neumólogo, Médico especialista en ojo-oftalmólogo, etc., legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con certificación vigente por parte del Consejo Médico correspondiente.

MÉDICO SUBESPECIALISTA. Médico **especialista**, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente, que mediante una residencia médica de posgrado de un grado superior de estudios al de médico especialista, obtuvo un conjunto de conocimientos relativos a un área delimitada de la especialidad, por ejemplo: Cardiólogo con subespecialidad en coronarias, Neumólogo con subespecialidad en neumología pediátrica, Oftalmólogo con subespecialidad en retina, etc.

MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO. Son los prestadores que finalmente proporcionan los servicios de salud a quienes se identifican como asegurados de Plan Seguro, relacionados con las coberturas contratadas a través de su póliza contratada.

NIVEL HOSPITALARIO.

Para fines de este contrato, es la clasificación económica de los Hospitales, Sanatorios o Clínicas para el alcance de la cobertura.

ORDEN DE ATENCIÓN. Documento expedido por Plan Seguro a favor del Asegurado para acceder a Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio, Gabinete, Imagenología y Estudios Especiales. Las órdenes de atención tendrán una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de emisión de dicha orden.

ÓRTESIS. Cualquier aparato que ayuda al correcto funcionamiento de un órgano.

PADECIMIENTO. Es el daño sufrido en la salud del Asegurado a consecuencia de algún Accidente y/o Enfermedad cubierta.

PADECIMIENTO CONGÉNITO. Es aquel con el que se nace como consecuencia de trastornos producidos durante la gestación, consistentes en malformaciones anatómicas, fisiológicas o prematuridad, y que puede tener sus manifestaciones al momento o posterior al nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y den origen a diversas alteraciones, serán consideradas como un sólo Padecimiento.

PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO. Es el padecimiento excluido, así como sus complicaciones y/o secuelas por estar relacionado con un padecimiento declarado en la solicitud de seguro o cuestionario médico. Dicha exclusión constará a través de un endoso el cual formará parte integrante de la póliza contratada.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura en Plan Seguro encontrándose o no declarados en el Cuestionario Médico.

Plan Seguro, sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando Plan Seguro cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Ante controversias que se susciten por la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una enfermedad preexistente, el Asegurado podrá optar por acudir ante una persona física o moral que sea designada de común acuerdo con Plan Seguro para iniciar un procedimiento de arbitraje privado.

El procedimiento de arbitraje estará regido por la persona designada de común acuerdo por ambas partes, quien deberá estar acreditada para actuar como árbitro y ante la cual se firmará un convenio arbitral.

En dicho procedimiento arbitral las partes podrán ofrecer las pruebas periciales pertinentes para acreditar o no la preexistencia. Asimismo, en caso de controversia entre los resultados de los peritajes ofrecidos, se designará de común acuerdo a un tercer perito en discordia, quien emitirá su propio peritaje y cuyos resultados serán vinculados para efectos del procedimiento arbitral.

En todo caso, el asegurado estará en completa disposición de que puedan practicarse los exámenes médicos pertinentes para determinar objetivamente si existe o no preexistencia.

Plan Seguro acepta que si el asegurado acude ante ésta instancia y se somete a comparecer ante éste árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, dicho procedimiento le será vinculante, por lo que se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia, en el entendido de que el Laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

En caso de existir costo alguno de este procedimiento, será absorbido por Plan Seguro.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Los que son dados a conocer por el Asegurado en la Solicitud y/o Cuestionario de contratación de la Póliza.

PAGO DIRECTO. Pago que realiza Plan Seguro directamente al prestador de servicios, por la Atención Médica y Hospitalaria de un Accidente o Enfermedad cubierta.

El procedimiento de Pago Directo es una forma de Indemnización adicional que ofrece Plan Seguro al Asegurado, sin que por ello quede obligado a realizarlo. Cuando la Póliza se encuentra en Período de Gracia, este procedimiento no opera.

PAGO POR REEMBOLSO. Es el pago que realiza Plan Seguro de los gastos erogados procedentes, relacionados directamente con el Padecimiento cubierto de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, Condiciones Generales y/o Endosos generales o específicos.

PERÍODO DE ESPERA. Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada Asegurado, a fin de que los padecimientos indicados expresamente en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera puedan ser cubiertos por el seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

PÓLIZA DE SEGURO. Documento que instrumenta el Contrato de Seguro y que contiene las normas que de forma general y particular, regulan las relaciones contractuales convenidas entre Plan Seguro y el Asegurado y/o Contratante.

PREMATUREZ. Todo recién nacido obtenido por parto o cesárea antes de la semana treinta y siete (37) de la gestación.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS. Es el trámite que deberá realizar anticipadamente el Asegurado para solicitar el Pago Directo de un tratamiento médico o de una intervención quirúrgica que amerite hospitalización, una vez que Plan Seguro cuente con la información necesaria, podrá dar el dictamen correspondiente.

PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS. Cualquier aparato utilizado como reemplazo de un órgano o parte de órgano. Entre otros, se incluye maxilofaciales, músculo-esqueléticos y cardíacos.

RECLAMACIÓN. Es el aviso o comunicación que hace el Asegurado a Plan Seguro, informando que ha erogado algún gasto relacionado con el acontecimiento o hecho previsto en el Contrato a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta y que da origen a un Padecimiento.

REGIÓN CONTRATADA. Es la región geográfica en donde el seguro contratado surtirá sus efectos de conformidad con las Condiciones Generales.

SIGNO. Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

SINIESTRO. Acontecimiento o hecho a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubiertos, previstos en el Contrato, que da origen a la obligación a cargo de Plan Seguro de indemnizar al Asegurado, de acuerdo con los límites estipulados en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma.

Cada acción de salud será considerada como un Siniestro.

SÍNTOMA. Referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo o causado por una Enfermedad.

SOLICITUD DE SEGURO. Documento que forma parte del Contrato, el cual es llenado y firmado por el Contratante y/o Asegurado Titular, indispensable para la emisión de la Póliza.

SUMA ASEGURADA. Es la cantidad máxima que Plan Seguro pagará por Padecimiento a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, por cada cobertura o concepto que este indicado en estas condiciones generales, siempre y cuando este padecimiento, cobertura o concepto haya iniciado durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia, menos el Coaseguro aplicado a cada reclamación. La suma asegurada para cada padecimiento, cobertura o concepto quedara fija a partir de la fecha en que se efectuó el 1er gasto, aun cuando su importe sea menor al deducible. Para cada gasto precedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente, cobertura o concepto nunca rebasaran la Suma Asegurada estipulada. Estas estipulaciones operaran durante el periodo de beneficio.

En caso de Padecimientos Preexistentes cubiertos, la Suma Asegurada será la que se encuentre estipulada en la Carátula de la Póliza para cada Asegurado por padecimiento.

No habrá reinstalación de Suma Asegurada para ningún padecimiento relacionado a cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta que ya haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el padecimiento.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es la relación del monto o porcentaje máximo que Plan Seguro pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierto y de acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

La tabla de honorarios médico-quirúrgicos y sus actualizaciones se le entregan al asegurado como parte de la documentación que se le hace llegar en la compra de su póliza o en el momento de su renovación. Adicionalmente los podrá conocer mediante nuestro portal web www.planseguro.com.mx o aplicación "Mi Plan Seguro".

TERRITORIALIDAD. Las coberturas contenidas en las presentes disposiciones generales, aplicarán únicamente dentro del territorio Mexicano, lo anterior sin perjuicio de que el asegurado pueda contratar las coberturas opcionales con costo adicional de emergencia en el extranjero y cobertura de atención médica en el extranjero.

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. Es la cantidad máxima a cargo del Asegurado por padecimiento y año póliza, al contratar la opción del 10% de Coaseguro.

Este tope no aplica en los casos que el Asegurado se atienda en un Nivel Hospitalario superior a la contratada.

El Tope Máximo de Coaseguro no aplica en aquellas coberturas en las que el Coaseguro contratado es diferente del diez por ciento (10%).

TRASLADO. Es el desplazamiento del Asegurado a un Hospital, Sanatorio o Clínica proporcionado por servicios profesionales de ambulancia contratado por Plan Seguro para prestar dicha cobertura.

UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM). La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

El valor mensual de la UMA, UMAM, se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces. La actualización del valor se notificará a través de Diario Oficial de la Federación y puede ser consultada en la siguiente dirección de internet <http://www.inegi.org.mx>.

VIDA DE LA PÓLIZA. Es el período comprendido entre la fecha de inicio de la primera vigencia en Plan Seguro hasta la fecha de término de la última vigencia, en la medida que éstas hayan renovado ininterrumpidamente.

2. COBERTURAS BÁSICAS.

Para efecto de esta Póliza, se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos gastos que efectúe el Asegurado por servicios médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta que, por indicación de un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta e iniciada durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los Gastos Médicos Cubiertos, Plan Seguro cubrirá el costo de los mismos, hasta por la cantidad máxima asegurada en cada Cobertura o la Suma Asegurada contratada según corresponda, ajustándolo a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, Endosos y Condiciones Generales.

Para solicitar el uso de cualquier cobertura, el Asegurado deberá identificarse presentando su credencial que lo acredite como Asegurado de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía, excepto para los menores de edad.

La vigencia de la Póliza se conserva en la medida en que se cubre el pago de la Prima pactada con motivo de su concertación.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS.

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA. Se cubren los gastos que resulten vía Reembolso, siempre que en la Carátula de la Póliza se especifique la Cobertura de Ambulancia Aérea, si a consecuencia de una Emergencia Médica, el Asegurado requiere atención Hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención y el Médico tratante recomiende el traslado del Asegurado. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada para la Póliza, aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del veinte por ciento (20%) adicional al Coaseguro contratado, no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente, sin Deducible

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA. Se excluye el traslado del Asegurado en Ambulancia Aérea cuando:

- **Sea impedido por cualquier circunstancia, por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas.**

- **Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el Aeropuerto.**

AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL. Se cubren los gastos de transporte en Ambulancia Terrestre, siempre y cuando sea medicamento indispensable para el traslado del Asegurado, previa indicación del Médico tratante. Toda reclamación que se origine por este concepto, se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada, aplicando el Deducible de la Póliza y aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del diez por ciento (10%), no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

CONSULTAS MÉDICAS. Si el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, de un padecimiento cubierto, los honorarios por consultas médicas en consultorio o domicilio quedarán cubiertos con un máximo de una consulta por día y hasta el límite indicado en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

Las consultas médicas a domicilio operan únicamente vía Reembolso y se deberá anexar el Informe Médico del Médico tratante.

Los gastos de consulta intrahospitalaria sólo se cubrirán cuando el Asegurado se encuentre internado, con un máximo de una consulta por día, y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

CAMPAÑAS PREVENTIVAS. Plan Seguro, otorga este beneficio a través de cupones que entrega anualmente, en el momento de la contratación o renovación de su póliza, de cupones.

Dichas campañas preventivas; tienen por objeto la detección oportuna de Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento anticipado, previene una evolución indeseable y evita que conduzca a un padecimiento catastrófico:

- Cáncer cervicouterino.
- Cáncer de mama.
- Dislipidemias.
- Cáncer de próstata.
- Diabetes.
- Osteoporosis.

CONSUMO DE OXÍGENO. Se cubren los gastos por Consumo de Oxígeno, siempre que sea necesario para el tratamiento del Padecimiento, ya sea dentro o fuera del Hospital, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

DAÑO PSIQUIÁTRICO. Se cubre el tratamiento psiquiátrico, siempre y cuando a juicio del Médico tratante, y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico Psiquiatra en convenio con Plan Seguro, el Asegurado lo requiera a consecuencia de:

- Haber sufrido algún Accidente cubierto por las Condiciones Generales de la Póliza.
- Habérsele diagnosticado alguna Enfermedad terminal única y exclusivamente: Cáncer de cualquier tipo, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

- Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro o violación.

Los gastos cubiertos del tratamiento psiquiátrico son:

- Honorarios del Médico Psiquiatra en convenio con Plan Seguro de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada como consulta con un especialista por un máximo de veinticuatro (24) consultas durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta por cualquiera de los eventos mencionados en los incisos anteriores.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un (1) año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, siempre que sean prescritos por el Médico Psiquiatra en convenio con Plan Seguro.

Esta Cobertura está amparada únicamente dentro del Territorio Nacional, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, y aplicando el Deducible y Coaseguro contratados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- 1. La ansiedad y/o depresión, salvo que la misma se derive de una Enfermedad o Accidente cubierto por Plan Seguro.**
- 2. Los padecimientos preexistentes declarados o las complicaciones o secuelas de estos.**
- 3. Cualquier gasto complementario cuya fecha de ocurrencia sea posterior a un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica cubierta por Plan Seguro.**
- 4. Los honorarios médicos y los medicamentos prescritos por un Médico Psiquiatra sin convenio con Plan Seguro.**
- 5. Los honorarios médicos y los medicamentos necesarios cuando el tratamiento psiquiátrico no sea consecuencia de los eventos mencionados en los incisos de la presente Cobertura.**

DEPORTES PELIGROSOS. Se cubren los gastos erogados a consecuencia de la práctica ocasional o vacacional de los siguientes deportes peligrosos: montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go-karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

Entendiéndose que la práctica ocasional será aquella que se realice con un máximo de dos (2) veces al mes.

GASTOS HOSPITALARIOS. Se cubren los gastos dentro del Hospital por los siguientes conceptos, siempre que sean necesarios para la atención del Asegurado:

- Habitación privada estándar y alimentos hasta la Suma Asegurada contratada por padecimiento.
- Atención general de Enfermeras.
- Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones con sus correspondientes equipos.
- Se cubren los gastos generados por el uso de aparatos de Endoscopía, Artroscopia, Colonoscopia, Laparoscopia y Electrofisiología, siempre y cuando sean facturados a través del Hospital y hasta el Gasto Usual y Acostumbrado.

- Todos los gastos originados y relacionados directamente con el diagnóstico por el cual se aperturó el Siniestro durante su estancia en el área de Terapia Intensiva incluyendo el costo de honorarios de Médicos y Cirujanos, serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada. Salvo cuando la Suma Asegurada sea ilimitada será cubierto hasta la Suma Asegurada contratada o hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por Padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero.
- Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el Hospital, previa autorización de Plan Seguro.

En caso que el Asegurado decida acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro del Nivel Hospitalario correspondiente a su Plan contratado, y siempre que éste pertenezca a una jerarquía mayor a su Nivel Hospitalario contratado, además del Coaseguro contratado, pagará veinte por ciento (20%) adicional a su Coaseguro sobre los gastos de hospitalización por cada nivel Nivel Hospitalario superior a la contratado. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico y el Hospital tengan o no convenio con Plan Seguro. Además, no aplica el Tope Máximo de Coaseguro.

HONORARIOS MÉDICO–QUIRÚRGICOS. Se cubren los honorarios del Cirujano hasta la Suma Asegurada contratada y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, siempre que el Asegurado requiera de intervención quirúrgica. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los Cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias las anteriores siempre que el asegurado se encuentre hospitalizado.

De acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos, los honorarios del Cirujano serán cubiertos utilizando el porcentaje que por la clase de intervención realizada, aparezca en dicha tabla, hasta el monto máximo indicado.

Las intervenciones quirúrgicas atenciones y procedimientos realizados que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos se valuarán por similitud a los comprendidos en ésta. Cuando en una misma sesión quirúrgica el mismo Cirujano practique dos o más operaciones en una misma incisión, se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas, cuando los porcentajes estipulados en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos sean iguales.

Sin embargo, si el mismo Cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios de la segunda intervención serán cubiertos al cincuenta por ciento (50%) de lo estipulado en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos si se requiere la intervención de otro Cirujano, los honorarios de éste, serán cubiertos al cien por ciento (100%) de lo marcado en dicha Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos.

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se considerará como otra intervención quirúrgica distinta e independiente, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro (24) horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior.

Cuando se requiera la intervención de dos o más Cirujanos de diferentes especialidades para el tratamiento de una misma persona, en un mismo tiempo quirúrgico o en tiempos quirúrgicos sucesivos, se aplicará de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos para cada Cirujano en forma individual.

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO. Se cubren los honorarios del Anestesiólogo hasta el treinta por ciento (30%) de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.

HONORARIOS DE AYUDANTE. Se cubren los honorarios de los Ayudantes, de acuerdo a lo siguiente:

- Primer Ayudante: Hasta el veinte por ciento (20%) de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.
- Segundo Ayudante: Hasta el diez por ciento (10%) de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO. Se cubren los honorarios de la Enfermera a domicilio, siempre y cuando el Asegurado requiera de la asistencia especial en su domicilio, la naturaleza del Padecimiento lo amerite y sea indicado por el Médico tratante, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada con un máximo de sesenta (60) días, tres (3) turnos diarios de ocho (8) horas cada turno por Asegurado por vigencia, previa autorización de Plan Seguro.

HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA. Se cubren los honorarios del Instrumentista únicamente para intervenciones cardiovasculares que requieran bomba extracorpórea, hasta el cuatro por ciento (4%) de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA HOSPITALARIO. Se cubren los análisis de Laboratorio, Gabinete, Imagenología o cualquier otro indispensable para el tratamiento o seguimiento de un Padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el Médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el Padecimiento que se está tratando. Estos gastos se cubren, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

Quedan excluidos aquellos que no están relacionados directamente con la Enfermedad y/o Accidente motivo de la reclamación o bien que no sean indispensables para el tratamiento del Accidente y/o Enfermedad cubierta.

En estos casos se aplicará el porcentaje de Coaseguro de la Póliza.

En caso que el Asegurado decida realizarse los estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología hospitalarios, en algún Hospital que no se encuentre dentro del Nivel Hospitalario contratado, siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor inmediata a su Nivel Hospitalario contratado, además del Coaseguro contratado, pagará veinte por ciento (20%) adicional a su Coaseguro sobre los gastos erogados por este concepto por cada nivel de Hospitalario superior a la contratada.

MEDICAMENTOS. Quedarán cubiertos los siguientes gastos de medicamentos:

- Consumidos dentro del Hospital y tenga relación directa con el padecimiento.
- Adquiridos fuera del Hospital o Sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura original de la farmacia, la receta expedida por el Médico tratante y tenga relación directa con el padecimiento

OZONOTERAPIA. Se cubren hasta veinte (20) sesiones por Padecimiento, con tope de Suma Asegurada de una (1) UMAM máximo por cada sesión.

PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.

Se cubren, siempre y cuando el Asegurado presente los estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como copia de la atención de emergencia que recibieron. Este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del cincuenta por ciento (50%), para tratamientos médicos y quirúrgicos.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Se cubren los padecimientos preexistentes declarados en la Solicitud y Cuestionario, al inicio del tercer (3er) año de Cobertura continua con Plan Seguro, siempre y cuando el Asegurado no haya erogado gastos durante el Período de Espera mencionado anteriormente.

En estos casos, se evaluarán los padecimientos preexistentes declarados al momento de solicitar la Póliza mediante el llenado de la Solicitud y Cuestionario en el que se detallan dichos padecimientos para su evaluación, reservándose Plan Seguro la aceptación o rechazo de los mismos, en caso de aceptación, Plan Seguro emitirá el Endoso correspondiente.

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de ninguna Compañía, incluyendo Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. **Se excluyen los Padecimientos preexistentes no declarados previamente en la Solicitud y Cuestionario.**
2. **Padecimientos cardíacos, Accidentes vasculares, diabetes, Padecimientos oncológicos, SIDA y/o VIH, Enfermedades degenerativas y/o Padecimientos neurológicos.**

PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA. Se cubren los tratamientos médico quirúrgicos y la atención de emergencias en áreas de corta estancia o en hospitalización menor o igual a veinticuatro (24) horas, siempre y cuando se rebase el Deducible y se cuente con un diagnóstico definitivo, pagando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado, estipulado en la Carátula de la Póliza para este tipo de procedimientos.

PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL. Se cubren los gastos que resulten del uso y/o colocación y/o la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardíaca, Stents, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis discal, así como el uso y/o colocación y/o la renta de aparatos ortopédicos que se requieran, hasta la Suma Asegurada contratada o hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla, lo que sea menor, aplicando el Deducible y el Coaseguro de la Póliza:

| Por concepto de: | Suma Asegurada |
|---|--------------------------------|
| Prótesis valvular cardíaca. | 81 UMAM (Por Padecimiento) |
| Stents. | 115 UMAM (Por Padecimiento) |
| Marcapasos. | 31 UMAM |
| Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis como son: hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza, de radio, miembros artificiales y prótesis ocular. | 44 UMAM (Por Concepto) |
| Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis como son: cadera, rodilla, y prótesis discal. | 58 UMAM (Por Concepto) |
| Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis como son: columna (excepto prótesis discal). | 115 UMAM (Por Concepto) |
| Renta o compra (esta última, previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes). | 44 UMAM (Por Concepto) |
| Prótesis dental a consecuencia de una Accidente. | 10 UMAM |
| Adquisición y colocación de neuroestimuladores | 257 UMAM (Por Padecimiento) |

QUIROPRÁCTICOS. Se cubren los tratamientos realizados por Quiroprácticos con Cédula profesional hasta veinte (20) consultas por Padecimiento, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, vía Reembolso.

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. Se cubren las sesiones de Rehabilitación y Fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el Médico tratante con un máximo de seis (6) meses o sesenta (60) sesiones por Padecimiento, lo que ocurra primero, para el caso de Padecimientos congénitos se cubrirán con un máximo de seis (6) meses o noventa (90) sesiones, lo que ocurra primero, la Indemnización será de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

TRANSFUSIONES Y APLICACIONES. Se cubren para el Asegurado las transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del Padecimiento.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- 1. Se excluyen los gastos erogados por el Donador.**
- 2. Se excluyen los siguientes gastos relacionados con trasfusiones de sangre:**

- a) ABO y Rh, (pruebas para identificar el grupo sanguíneo Rh de los donadores).
- b) **PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD** (prueba cruzada que se realiza entre la sangre del paciente y la sangre que se tiene en el Banco de Sangre con el fin de determinar que puede ser empleada para transfusión).
- c) **ANTICUERPOS IRREGULARES** (prueba a través de la cual se investiga la presencia o ausencia de anticuerpos específicos contra glóbulos rojos en el suero del paciente).
- d) **CARGO DE SANGRE O RECUPERACIÓN POR INSUMOS** (Estudios obligatorios que demanda la Secretaría de Salud -VIH, Hepatitis C, Sífilis y Chagas- para ser efectuados en la sangre que se emplea para transfundirse como parte del tratamiento que el Médico indica al paciente).

TRASPLANTE DE ÓRGANOS. Se cubren los gastos médicos o quirúrgicos del receptor y únicamente los gastos médicos erogados del donante en el acto quirúrgico de la donación por trasplante de órganos, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de 1000 UMAM o la Suma Asegurada contratada de la Póliza, la que resulte menor, esta Suma Asegurada es para el receptor y el donante, este beneficio operará aplicando el Deducible y Coaseguro contratado.

Esta Suma Asegurada sólo aplica en caso de trasplante, y en caso de que ésta se haya agotado no podrá acumularse a la Suma Asegurada contratada de la Póliza.

Únicamente se cubrirán los siguientes trasplantes de órganos, ya sea que el órgano donado sea de un donante vivo o no vivo:

- Corazón.
- Pulmón.
- Hígado.
- Riñón.
- Médula ósea.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. Se excluyen los gastos por complicaciones y/o secuelas para el donador.
2. Se excluyen los gastos pre y post-quirúrgicos como: pruebas de compatibilidad entre el donante y receptor, cualquier tratamiento médico o quirúrgico efectuado al donante vivo, posterior al trasplante y cualquier complicación del donante vivo derivada del evento, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.
3. No quedarán cubiertos todos aquellos gastos indirectos del trasplante de corazón, pulmón, hígado y riñón (posibles donadores, donadores, todos los exámenes inherentes al mismo, etc.) así como trasplantes de tipo experimental.

TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. Se cubren los gastos por tratamientos de Radioterapia y Quimioterapia de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, siempre que sean necesarios e indicados por el Médico tratante.

TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de 24 UMAM al momento del Tratamiento, aplicando el Deducible y el Coaseguro de la Póliza.

TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. Se cubren los gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, hasta la Suma Asegurada de la Póliza, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y que resulten indispensables para la función. Se requiere que el Asegurado presente estudios, radiografías y fotografías donde se haga constar el daño causado.

OTROS GASTOS CUBIERTOS.

ALIMENTACIÓN PARENTERAL. Se cubre la alimentación parenteral, siempre y cuando se trate de hospitalización hasta un límite de cuarenta (40) días por padecimiento, ya sea vía Pago Directo o Reembolso.

ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS CON PRESTADORES DE SERVICIOS SIN CONVENIO CON PLAN SEGURO. Plan Seguro cubrirá vía Reembolso, de acuerdo con los procedimientos que se tengan establecidos, a las Coberturas y a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para el Nivel Hospitalario contratado y aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan contratado estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para el tipo de gasto realizado, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de emergencia(s) médica(s), en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro no le hayan brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el Contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad o error de diagnóstico, entendiéndose por este último el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente con prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro y por falta de un diagnóstico acertado, haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una Institución que no tenga convenio con Plan Seguro por la misma emergencia médica.

Cabe mencionar que para esta cláusula, respecto a los supuestos de saturación, falta de disponibilidad o error en el diagnóstico por parte de los prestadores de servicios de Plan Seguro, no aplicará lo previsto en el último párrafo de la cláusula de PAGO DE RECLAMACIONES.

CÁMARA HIPERBÁRICA. Se cubren los gastos derivados por concepto de Cámara Hiperbárica hasta diez (10) sesiones por Padecimiento con un Coaseguro del cuarenta por ciento (40%) para cada sesión, siempre y cuando estén indicadas por el Médico tratante y sean para la recuperación del Asegurado y no se realicen con fines estéticos, con previa autorización de Plan Seguro.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional para acreditar que se trata de un Padecimiento que requiera de dicha terapia.

CIRCUNCISIÓN. Se cubren los gastos erogados hasta \$12,000.00 pesos, por concepto de circuncisión sin aplicar Deducible ni Coaseguro. La circuncisión se entiende como la intervención quirúrgica mediante la cual se efectúa la extirpación parcial o total del prepucio.

Será cubierta únicamente en territorio nacional.

CIRUGÍA REFRACTIVA. Se cubren los gastos médicos erogados por cirugía refractiva hasta 10 UMAM sin Deducible ni Coaseguro, para corregir los problemas de Miopía, Astigmatismo, Presbiopía o Hipermetropía, previa presentación de los estudios avalados por un Médico Oftalmólogo en convenio con Plan Seguro, siempre que el Asegurado tenga una deficiencia visual en cada ojo que sea mayor o igual a cinco (5) dioptrías y sujeto a aprobación de la Dirección Médica en donde esta podrá solicitar una segunda opinión médica con el Médico que la Compañía determine. **En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.**

Este Beneficio se otorga por única vez durante la vigencia de la Póliza independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos.

Será cubierta únicamente en territorio nacional.

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Se cubren los equipos externos para aplicación de medicamentos, previa autorización de Plan Seguro.

EXPANSORES MAMARIOS. Se cubren los expansores mamarios y/o prótesis mamarias, siempre y cuando se requieran como parte del tratamiento reconstructivo en el padecimiento de cáncer de mama, y éste haya sido cubierto por Plan Seguro, así como cualquier complicación derivada de la colocación de los mismos.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado, no se contará con este Beneficio.

HOMEÓPATAS. Se cubren los honorarios por consultas de Homeópatas con Cédula profesional en consultorio con un máximo de una consulta por día y hasta quince (15) consultas por Padecimiento y por vigencia y con un límite de 0.3 UMAM por consulta.

Las consultas de Homeópatas operarán únicamente vía Reembolso y se deberá anexar Informe Médico.

LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO. Se cubren las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre Aeropuertos legalmente establecidos.

PRUEBA DE VIH. Se cubre la prueba de VIH siempre y cuando sea prescrita por el Médico tratante, y solamente en los casos que se requiera como parte del protocolo preoperatorio con previa autorización de Plan Seguro. Lo anterior no modifica la Cobertura de VIH prevista en el apartado de Gastos Cubiertos después de transcurrido el cuarto año de vigencia.

PTOSIS PALPEBRAL. Se cubre el tratamiento médico y/o quirúrgico con el fin de corregir la Ptosis palpebral, siempre y cuando se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto, de lo contrario no estará cubierto por Plan Seguro.

TOXINA BOTULÍNICA. Se cubre el uso de toxina botulínica, así como su aplicación, siempre que no sea con fines estéticos, previa valoración y autorización de Plan Seguro.

VACUNAS. Se encuentran cubiertas las siguientes vacunas sin deducible ni coaseguro, siempre y cuando sean prescritas por el Médico tratante, se anexe la receta expedida por el Médico y se requieran para cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico:

- a) **Vacunas antirrábicas.** De acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.
- b) **Vacuna de tipo inmunoalérgicas así como de desensibilización inmunológica.**

Ambos tipos de vacunas estarán cubiertas hasta un tope de Suma Asegurada de \$20,000.00 por asegurado

EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA:

1. **No se encuentran cubiertas las vacunas, incluyendo la vacuna Antirogham, para el caso en que el recién nacido Asegurado sea Rh negativo. Lo anterior, aún y que sean prescritas por el Médico tratante y/o se encuentren relacionadas con padecimientos cubiertos.**

COBERTURAS BÁSICAS CON COSTO ADICIONAL PARA EL ASEGURADO.

Si se contrata alguna de las siguientes Coberturas Básicas mediante el pago de la Prima correspondiente, ésta (s) formará (n) parte integrante de las condiciones de la Póliza, y deberán quedar indicadas en la Carátula de la misma y/o Certificado Individual.

I. COBERTURAS AMBULATORIAS.

El Contratante estará obligado a adquirir por lo menos una de las siguientes Coberturas mediante el pago de la Prima correspondiente, ésta(s) formará(n) parte integrante de las Condiciones Generales de la Póliza y deberán quedar indicadas en la Carátula de la misma como parte de la Cobertura Básica.

- a) **CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS.** Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por Consultas Ambulatorias de Médicos Generales y Especialistas en convenio con Plan Seguro. El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General o a un Especialista, sin que exista alguna restricción en ese sentido.

Para esta Cobertura aplica un Coaseguro del treinta por ciento (30%) por consulta.

Si la atención es realizada con Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas sin convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, de acuerdo al tabulador de Pago Directo establecido para esta cobertura, y al Nivel Hospitalario contratado, aplicando únicamente el treinta por ciento (30%) de Coaseguro, y sumando diez por ciento (10%) adicional a este.

En caso de que se desee asistir con un Médico en convenio con Plan Seguro, que pertenezca a un Nivel Hospitalario mayor a la contratada, deberá pagar el Coaseguro que le corresponde a su Nivel Hospitalario, más la diferencia del costo de la Consulta del Nivel Hospitalario elegido.

Este Beneficio deberá estar estipulado en la Carátula de la Póliza.

b) EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIOS.

1. Se cubren los gastos erogados por el Asegurado correspondientes a Exámenes de Laboratorio y Gabinete que se enlistan a continuación:

- a) Estudios de Laboratorio:
- Biometría Hemática completa.
 - Proteína "C" Reactiva.
 - Velocidad Sedimentación Globular.
 - Grupo y Rh.
 - Electrolitos Séricos.
 - Química sanguínea (3, 6, 12, 24, 32 elementos).
 - Hemoglobina Glicosilada.
 - Coprocultivo.
 - Coporparasitoscópio (Serie 1-3).
 - Coprológico.

- Perfil tiroideo.
- Perfil hepático.
- Perfil renal.
- Perfil de lípidos.
- Perfil hormonal.
- Perfil TORCH.
- Electrocardiograma.
- Examen general de orina.
- Urocultivo.
- Urológico.
- Reacciones febriles.
- Inmunoglobulinas séricas (IgA, IgE e IgM).
- Eosinófilos en moco nasal.
- Pruebas cutáneas, RASH cutáneo.

b) Estudios de Gabinete:

- Radiografías simples de cualquier región anatómica, excepto lo indicado en Exclusiones de Cobertura Ambulatoria.
- Ultrasonidos de cualquier región anatómica, excepto lo indicado en Exclusiones de Cobertura Ambulatoria.

Se deben realizar en forma ambulatoria en Hospitales, Clínicas y Sanatorios en convenio con Plan Seguro, siempre y cuando sean indicados por el Médico tratante y se debe entregar a Plan Seguro el Informe Médico preliminar debidamente requisitado y/o receta del Médico tratante.

Este Beneficio deberá estar estipulado en la Carátula de la Póliza.

2. Se cubren los gastos erogados por el Asegurado respecto a estudios de Tomografía Axial Computarizada Simple y/o Contrastada, siempre que sean indicados por el Médico tratante mediante Informe Médico debidamente requisitado.

En consecuencia si el diagnóstico emitido con motivo del estudio, refiere que se trata de un padecimiento omitido, preexistente o no cumple con Período de Espera, Plan Seguro queda liberado de cubrir cualquier gasto subsecuente con relación al mismo.

Si el Padecimiento diagnosticado se encuentra omitido, Plan Seguro procederá de conformidad con lo previsto en el apartado de Cláusulas Generales para Omisiones o Inexactas Declaraciones.

Si el origen del Padecimiento para el cual se requiere el Examen de Laboratorio, Gabinete o Imagenología es derivado de un Siniestro aperturado o con diagnóstico definitivo, estos estarán cubiertos bajo la Cobertura Básica del Producto.

Para cubrir estos gastos deberán presentarse las correspondientes órdenes de atención en donde se indiquen los estudios solicitados por el Médico tratante, ya sean Exámenes de Laboratorio y Gabinete, aplicando un Coaseguro del treinta por ciento (30%).

En caso de realizarse en Hospitales, Laboratorio y Gabinetes correspondientes a un Nivel Hospitalario más alto de la contratado, se aplicará un Coaseguro adicional del veinte por ciento (20%).

c) REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA. Consiste en una Historia Clínica, Examen General de Orina, Biometría Hemática, Química Sanguínea (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol y triglicéridos) y Electrocardiograma en reposo. Esta Cobertura se dará únicamente con prestadores en convenio con Plan Seguro.

El Asegurado tendrá derecho a una (1) Revisión Médica Preventiva anual por Asegurado por vigencia, para mayores de dieciocho (18) años, aplicando un Coaseguro del treinta por ciento (30%).

Los gastos erogados por procedimientos ambulatorios, no se considerarán para eliminar o reducir el Deducible de reclamaciones realizadas como Gasto Médico Mayor, salvo en el caso en que se anexe en cada Reembolso las órdenes de atención, en las que se compruebe que la suma de estos gastos rebasen el monto del Deducible, a fin de que el Área Médica pueda considerarlos como tales, en cuyo caso, Plan Seguro procederá a la devolución, vía Reembolso, del monto del Deducible pagado.

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA. Esta cláusula básica no cubre los siguientes gastos:

1. Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el control del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.
2. Consultas estudios y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
3. Consultas, estudios o tratamientos para control de peso y de carácter estético.
4. Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación como son: Panendoscopia, Colonoscopia, toma de biopsia y Cistouretroscopia.
5. Estudios de alta especialidad como son: Resonancias magnéticas, Holter, Ecocardiogramas, Encefalogramas, pruebas de mesa inclinada, Estudios Doppler arterial y/o venosos, Flebografías, Gammagramas, Mastografías, Mielografías, Serie metastásica, estudios de hemodinámica (Angiografía coronaria, cerebral u otros), estudios de Medicina nuclear (PET-CT), Marcadores tumorales, Electromiografía y/o potenciales evocados.
6. Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.
7. Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados con proveedores sin convenio con Plan Seguro.
8. Revisión Médica Preventiva que se realice en Hospitales, Clínicas y Sanatorios sin convenio con Plan Seguro.

PREVALENCIA. Las presentes COBERTURAS AMBULATORIAS con costo a cargo del Asegurado, son de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA.

ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS. Se cubren los gastos erogados a consecuencia del aborto y legrados uterinos de la Asegurada Titular o Cónyuge del Asegurado Titular, siempre y cuando tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada, siempre y cuando sea recomendado por el Médico tratante y esté en riesgo la vida o integridad de la Asegurada con un límite de 7 UMAM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO. Se cubren únicamente las complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio de la Asegurada Titular o la Cónyuge del Asegurado Titular, enunciadas a continuación:

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- Estados de fiebre puerperal.
- Estados de preclampsia y eclampsia.
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Embarazo molar (Mola hidatiforme).
- Placenta Previa.
- Placenta Acreta.
- Atonía Uterina.
- Óbito.

Lo anterior, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el alta del Hospital, incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 65 UMAM, aplicando el Deducible y el Coaseguro contratados.

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- 1. Se excluye el embarazo, parto, cesárea o puerperio, así como las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- 2. Se excluyen las complicaciones del embarazo, parto, cesárea y puerperio cuando éste sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- 3. Se excluyen todos los gastos y/o complicaciones de cualquier tratamiento de infertilidad o esterilidad.**

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Se cubren los gastos originados desde el primer día de nacido por Padecimientos congénitos, así como por intervenciones de cirugías correctivas que requieran los hijos nacidos durante la vigencia de esta Póliza, hasta la Suma Asegurada de la Póliza, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de Alta conforme a lo

estipulado en el apartado de Cláusulas Generales para Cláusulas Operativas: Cobertura del Contrato, es decir, notificando a Plan Seguro durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la Prima del nuevo Asegurado, para lo cual es necesario presentar el Acta de Nacimiento o Constancia de Alumbramiento correspondiente, mediante el cual se acredite que el recién nacido se encuentra con vida.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado no se contará con este Beneficio.

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

PARTO Y CESÁREA. Se cubren los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea de la Asegurada Titular o Cónyuge del Asegurado Titular dentro del territorio nacional, excepto si la Asegurada cuenta con la Cobertura opcional con costo **COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO**, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del Hospital incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 15 UMAM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

No se cubrirá ningún otro gasto anterior o posterior al parto o cesárea, tales como consultas médicas, medicamentos, cualquier tipo de estudios y/o procedimientos, etc., excepto los mencionados como complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio.

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

RECIÉN NACIDOS. Se cubren los gastos del recién nacido desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales, Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de asegurados que nacieron dentro de la vigencia

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA:

1. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA. Se cubren después de transcurrido el primer (1er) año de inicio de vigencia de esta Póliza, para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico, los gastos resultantes de:

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Hernias de cualquier tipo (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Litiasis renoureteral.

- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos prostáticos (excepto lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia).
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral y rodillas.
- Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales. Queda cubierto por Reembolso y con previa autorización de la Dirección Médica.
- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía, este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del cincuenta por ciento (50%), para tratamientos médicos y quirúrgicos.
- Lipomas de cualquier región.
- Osteoporosis hasta 20 UMAM por vigencia.

Para estas Coberturas, si aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías.

El período mínimo de aseguramiento ininterrumpido para otorgar el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de esta Cobertura será de un (1) año.

No quedarán cubiertos los gastos erogados, ni aquellos en los que se haya presentado sintomatología ocurridos por cualquiera de los conceptos anteriores durante el Período de Espera indicado, ya que de presentarse durante el mismo estos Padecimientos serán considerados como Exclusión.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.

Se cubren después de transcurrido el segundo (2do) año de inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado los gastos resultantes de:

- Prostatectomía.
- Hallux valgus (juanetes).
- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre que no contravenga lo previsto en las Exclusiones y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Período de Espera estipulado ya que, de presentarse durante el mismo, este Padecimiento será considerado como Exclusión.

Para estas Coberturas, si aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías.

El período mínimo de aseguramiento ininterrumpido para otorgar el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de esta Cobertura será de un (1) año.

No quedarán cubiertos los gastos erogados ocurridos, ni aquellos en los que se haya presentado sintomatología por cualquiera de los conceptos anteriores durante el Período de Espera indicado, ya que de presentarse durante el mismo estos Padecimientos serán considerados como Exclusión.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA. Se cubre la Atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) con Período de Espera de cuatro (4) años continuos e ininterrumpidos en el Producto Salud Óptima de Plan Seguro contados a partir de la fecha de Alta del

Asegurado, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Período de Espera estipulado, ya que de presentarse durante el mismo, éste Padecimiento será considerado como Exclusión.

Quedan cubiertos los gastos derivados por la atención del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) para los Recién Nacidos, siempre y cuando la madre cumpla con un Período de Espera de 4 años continuos e ininterrumpidos en el Producto Salud Óptima de Plan Seguro contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Período de Espera estipulado, ya que de presentarse durante el mismo, éste Padecimiento será considerado como Exclusión.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado, no se contará con este Beneficio.

En caso de que el Asegurado contara con este Beneficio en alguna Compañía anterior, deberá presentar a Plan Seguro la Carátula de Póliza y/o Endoso en donde esté especificado que dicho Beneficio estaba cubierto, los recibos de pago de las Primas correspondientes y una prueba Serológica negativa del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) en un plazo no mayor a treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la Póliza contratada en el Producto Salud Óptima de Plan Seguro, para otorgarle el reconocimiento de antigüedad correspondiente.

En este caso, el Período de Espera de cuatro (4) años, se verá disminuido o eliminado de acuerdo al período de tiempo continuo e ininterrumpido reconocido por Plan Seguro y el período de tiempo no reconocido deberá transcurrirlo en el Producto Salud Óptima de Plan Seguro, en cuyo caso las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no deberán ocurrir durante el Período de Espera por transcurrir, ya que de presentarse durante el mismo, este Padecimiento será considerado como Exclusión.

En caso de otorgar el Reconocimiento de Antigüedad para esta Cobertura, Plan Seguro expedirá el Endoso correspondiente.

El período mínimo de aseguramiento ininterrumpido para otorgar el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de esta Cobertura, será de un (1) año.

3. EXCLUSIONES GENERALES.

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza excluye los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que se enumeran a continuación:

- 1. Padecimientos preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro, así como los mencionados como excluidos en el punto de “Padecimientos Preexistentes Declarados” del apartado de Gastos Médicos Cubiertos.**
- 2. La hospitalización, tratamiento médico o quirúrgico, por lesiones o Enfermedades producidas en servicio militar de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas siempre que el Asegurado sea el provocador.**

3. La hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, exámenes y/o estudios especiales que puedan ser efectuados en forma ambulatoria, aun cuando exista indicación médica expresa.
4. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.
6. Lesiones que el Asegurado, sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.
7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de los siguientes deportes peligrosos como montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes.
Para efectos de esta Exclusión no se considera como deporte peligroso hockey, equitación, fútbol americano, artes marciales y karate.
9. Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre Aeropuertos legalmente establecidos.
10. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
11. Cualquier padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, siempre y cuando el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.

12. Gastos ocasionados por diagnósticos, estudios de diagnóstico, control de Laboratorio y Gabinete, tratamientos médicos o quirúrgicos y/o sus complicaciones de: infertilidad, esterilidad, disfunción sexual, control de la natalidad (vasectomía, procedimientos quirúrgicos con fines de recanalización tubárica bilateral o de conductos deferentes), menopausia, climaterio, tabaquismo y trastornos del sueño cualquiera que sea la etiología del Padecimiento o trastorno a descartar independientemente de que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.
13. Durante la hospitalización, queda excluido Servicio de Enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.
14. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
15. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza así como las complicaciones de éstas, salvo las reconstructivas necesarias por Accidente siempre que se compruebe con estudios de Imagenología que apoye el diagnóstico.
16. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloides excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la Póliza.
17. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico así como todo lo secundario al padecimiento y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso (como son cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica, etc.), tabaquismo y Escleroterapias de miembros inferiores.
18. Gastos ocasionados por diástasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.
19. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y Padecimientos congénitos y sus consecuencias de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
20. Curas de reposo o Exámenes Médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, salvo lo mencionado en el apartado de Coberturas Adicionales: Coberturas Básicas con Costo para el Asegurado para Revisión Médica Preventiva.
21. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza, así como la compra o renta de zapatos ortopédicos y plantillas ortopédicas, cama tipo Hospital o aparatos similares.

22. **Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o que no sean aceptados por ser experimentales, o que tengan Beneficios inciertos para el paciente, tratamientos que no se encuentran apegados y que no cumplan con los protocolos o guías de prácticas médicas por COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), SS (Secretaría de Salud) o FDA (Food and Drug Administration).**
23. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este Contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Plan Seguro.**
24. **Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.**
25. **Las consultas de Médicos Especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica y cicatrices queloides, acné, cuperosis, los tratamientos con base en hipnosis, crioterapias y quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.**
26. **Queda excluida la Mastectomía profiláctica así como sus complicaciones.**
27. **No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sean por prescripción médica para el tratamiento de Enfermedades o Accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
28. **No estarán cubiertos los tratamientos de Acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina alternativa.**
29. **No se cubrirán gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal.**
30. **Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, y gigantomastía y cualquiera de las complicaciones de ésta.**
31. **No están cubiertas:**
 - a) **Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.**
 - b) **Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.**
 - c) **Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.**
 - d) **Lesiones, padecimientos o Enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando estas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**

32. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.
33. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, ya sea que haya sido declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o bien, cuando Plan Seguro cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.
34. No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, cremas, cremas hidratantes, protectores o bloqueadores solares, cosméticos, desodorantes, llamadas telefónicas, compact disc, shampoo, lociones, lociones astringentes, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, flores, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones y gasas; sábana térmica, medias TED, servicio de fotografía, servicio de video, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, fotografías, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sábana desechable, esponjas para baño, independientemente que hayan sido suscritos por un Médico tratante; así como cualquier gasto erogado por el acompañante.
35. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y todos aquellos de uso psicológico independientemente de su causa.
36. Quedan excluidos todos aquellos padecimientos en los que no exista un daño o alteración orgánica demostrable mediante estudios de Laboratorio y/o Gabinete por lo que se determine que su origen o causa es por estrés. Plan Seguro se reserva el derecho a solicitar la información necesaria para la adecuada valoración de estos casos.
37. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo espera.

38. Las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado.

4. COBERTURAS ADICIONALES.

COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO.

Si se contrata alguna de las siguientes Coberturas opcionales mediante el pago de la Prima correspondiente, ésta (s) formará (n) parte integrante de las Condiciones Generales de la Póliza, y deberán quedar indicadas en la Carátula de la misma, Certificado Individual y/o Endosos.

I. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.

Siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente. Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico- Quirúrgicos contratada y de acuerdo a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada, así como el Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza para esta Cobertura, son independientes a los contratados en cualquier otra.

Los gastos hospitalarios se cubrirán de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado del procedimiento cubierto dentro del Hospital.

Las condiciones no especificadas en esta Cobertura, operarán de acuerdo a la Cobertura Básica contratada y a lo estipulado en estas Condiciones Generales y en los límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

TEMPORALIDAD. Los Beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de tres (3) meses de iniciado el viaje, transcurridos tres (3) meses fuera de la República Mexicana, este Beneficio quedará excluido de la Póliza.

Los Beneficios de esta Cobertura cesarán cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado; o bien, la atención médica ya no sea requerida en el extranjero.

Plan Seguro pagará la reclamación por Emergencia en el Extranjero vía Reembolso en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

- 1. Se excluyen los Accidentes o Enfermedades cuyos signos o síntomas se hayan originado o manifestado en la República Mexicana, así como sus complicaciones, sean o no motivos de la estancia o el viaje.**
- 2. Se excluye el servicio de Enfermería fuera del Hospital.**
- 3. Se excluyen los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
- 4. Se excluye la operación cesárea, el parto, embarazo y sus complicaciones cualesquiera que sea su causa.**

5. **Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
6. **Se excluyen los gastos por Padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
7. **Se excluyen los padecimientos preexistentes.**
8. **Se excluyen los padecimientos congénitos.**
9. **Se excluyen los estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.**
10. **Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.**
11. **Se excluyen los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de tres (3) meses fuera de la República Mexicana.**

PREVALENCIA. La presente COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

II. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

Siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente. Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero, Plan Seguro cubrirá el costo de los Gastos Médicos cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos, Suma Asegurada y Deducible contratados para la Póliza y adicionando veinte por ciento (20%) al Coaseguro contratado. El parto y la cesárea quedan cubiertos de acuerdo a lo estipulado en el apartado Gastos Médicos con Período de Espera.

Los gastos hospitalarios se cubrirán de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado del procedimiento cubierto dentro del Hospital.

Las condiciones no especificadas en esta Cobertura, operarán de acuerdo a la Cobertura básica contratada estipuladas en estas Condiciones Generales y en los límites de la Carátula de esta Póliza.

TEMPORALIDAD. Los Beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de nueve (9) meses de iniciado el viaje. Transcurridos nueve (9) meses fuera de la República Mexicana, este Beneficio quedará excluido de la Póliza.

Plan Seguro pagará la reclamación por Atención Médica en el Extranjero vía Reembolso en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

1. **Se excluye el servicio de Enfermería fuera del Hospital.**
2. **Se excluyen los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
3. **Se excluyen las complicaciones de la cesárea, el parto, y embarazo excepto las mencionadas en el apartado de Gastos Cubiertos con Período de Espera.**

4. Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.
5. Se excluyen los gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.
6. Se excluyen los padecimientos preexistentes.
7. Se excluyen los padecimientos congénitos.
8. Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.
9. Se excluyen los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de nueve (9) meses fuera de la República Mexicana.

PREVALENCIA. La presente COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

III. COBERTURA DENTAL.

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura mediante la obligación del pago de Prima correspondiente y en consecuencia, se otorgarán los siguientes Beneficios de Odontología General y Odontopediatría únicamente con los prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro.

| Coberturas | Cantidad (Por Asegurado por año Póliza) |
|--|---|
| Consulta. | 1 |
| Profilaxis (adulto, niño). | 1 |
| Sellado de muelas y dientes para niños de tres (3) a seis (6) años de edad. | 1 |
| Restauraciones dentales, con materiales como amalgama, silicatos y resinas (Incluyendo la resina fotocurable). | 4 |
| Extracciones dentales. | 2 |

Para esta Cobertura, el Asegurado pagará el Coaseguro contratado para la misma.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- a) Se excluye del tratamiento odontológico: la Endodoncia y Ortodoncia, así como cualquier estudio radiológico.
- b) Se excluyen los gastos efectuados por concepto de coronas, incrustaciones y prótesis, así como los gastos originados por:
 - a) Cirugía buco-dento maxilar.
 - b) Parodoncia.
 - c) Prótesis dental.
- c) Se excluyen los gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes craneomandibulares o cualquier

- otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.**
- d) Se excluye los medicamentos.**

PREVALENCIA. La presente COBERTURA DENTAL es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

5. CLÁUSULAS GENERALES.

RENOVACIÓN. La Aseguradora podrá renovar la Póliza cuando la temporalidad sea de un (1) año o de plazos menores, siempre y cuando el contratante lo solicite por escrito, dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia, en cuyo caso la renovación se emitirá en las mismas condiciones.

En caso que el contratante solicite la renovación en condiciones distintas, deberá cumplir con los requerimientos que Plan Seguro le solicite para tales efectos.

PRIMAS. La Prima total de esta Póliza es la suma de las Primas de cada uno de los Asegurados a quienes se les reconoce el derecho de recibir los Beneficios inherentes correspondientes a las Coberturas contratadas, de acuerdo al sexo, edad alcanzada y riesgo a la fecha de la emisión. Si existe una agravación de riesgo en la suscripción de cada uno de los Asegurados, a juicio de Plan Seguro, podrá aceptarlos mediante el cobro de una Extraprima; o bien, rechazarlos.

En cada renovación, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas y Planes en vigor a esa fecha, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este Producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de Alta de un Asegurado, Plan Seguro cobrará al Contratante la Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del Alta hasta el vencimiento del período en curso, por lo que la obligación de pago de dicha prima deberá ser cubierta dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

Las Primas de este Seguro, siempre que el Contratante sea el propio contribuyente, serán consideradas deducciones personales de acuerdo a lo dispuesto en la Ley del Impuesto sobre la Renta.

Es importante señalar que las Primas del Seguro que serán consideradas para este efecto son las que correspondan al contribuyente, así como las de su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta.

ALTA DE ASEGURADOS. El Contratante deberá llenar una nueva Solicitud para la inclusión de otros Dependientes Económicos, los cuales podrán quedar cubiertos siempre y cuando se haya obligado a pagar la Prima correspondiente dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades o padecimientos, Plan Seguro, como parte del procedimiento de suscripción, podrán requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Si el Asegurado contrae matrimonio o está en concubinato, el cónyuge o concubinario que posea tal carácter podrá quedar igualmente cubierto, siempre y cuando se dé aviso por escrito a Plan Seguro y se anexen Cuestionario(s) Médico(s), Solicitud debidamente llenada y firmada por el Asegurado (en caso de haber contraído matrimonio, anexar acta de matrimonio) y se haya obligado a pagar la Prima correspondiente dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

Los miembros que estén en servicio activo y que ingresen a la Colectividad Asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al inicio de vigencia del Contrato celebrado, quedarán asegurados bajo las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurable.

Plan Seguro solicitar un examen médico u otros requisitos a los miembros de la Colectividad Asegurable que hayan otorgado su consentimiento después de treinta (30) días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad Asegurable, mediante la exhibición de copia simple y legible de su alta en el IMSS o ISSSTE, quedarán asegurados por Plan Seguro desde la fecha de aceptación.

Cuando Plan Seguro exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas, contará con un plazo de treinta (30) días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando el otorgamiento del Seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral y si existe un cambio de Contratante, Plan Seguro podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del Contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

BAJA DE ASEGURADOS. Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la familia Asegurada. Los beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del período en que la Póliza estuvo en vigor. En caso de existir algún siniestro afectando la Póliza no habrá devolución de Prima, en caso contrario, se devolverá el 56% de la Prima Neta pagada no devengada.

Para el caso de devolución de prima neta pagada no devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente el asegurado deberá manifestar, en el formato que para tales efectos le proporcione Plan Seguro, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la póliza, por lo que si

posteriormente a dicha devolución el asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de indemnización por haber cesado ya los efectos del contrato de seguro.

En tal situación, el periodo de beneficio no resultará aplicable.

Cuando se realice la Baja de algún Titular en una Póliza, serán dados de Baja automáticamente los Dependientes Económicos que estén ligados a él, y a partir de la misma fecha.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por tanto continuarán dentro del Seguro hasta la terminación del Contrato o cancelación del mismo.

Se excluirán de la Cobertura de esta Póliza, a partir del momento en que se notifique a Plan Seguro cualquiera de las situaciones que a continuación se mencionan:

•**Los Hijos que dependan económicamente del Asegurado Titular, cuando estos:**

a) **Contraigan matrimonio.**

•**La Esposa(o) o Concubina(o) que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil Federal:**

a) **En caso de divorcio o término del concubinato.**

En caso de una Baja de Asegurados con más del quince por ciento (15%) de los integrantes de la Colectividad Asegurada, Plan Seguro, tendrá derecho de efectuar los ajustes correspondientes en la Prima de acuerdo a las nuevas características de la Colectividad Asegurada, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

FORMA DE PAGO. El contratante deberá pagar la Prima anual de cada Cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia. En caso de optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte, mismo que se dará a conocer por escrito al Asegurado y podrá modificarse anualmente. Si la Prima anual se va a liquidar de manera fraccionada, las exhibiciones serán por períodos de tiempo de igual duración, siempre y cuando estos no sean inferiores a un mes. En caso de que la Póliza se viera afectada por un Siniestro ocurrido dentro del período pagado y la Prima fuera de manera fraccionada, Plan Seguro deducirá de la indemnización a pagar al Asegurado, el total de la Prima pendiente de pago que corresponda a las parcialidades por devengar.

La Prima vence al momento de celebrar el contrato y cada una de las fracciones vencerá al inicio de cada período pactado. A partir del vencimiento de la Prima correspondiente el contratante dispondrá de un Período de Gracia, transcurrido el Período de Gracia si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente, perdiendo el Asegurado todos los derechos de antigüedad que tenía en la Póliza.

Las Primas convenidas deberán pagarse en el domicilio de las oficinas de Plan Seguro indicado en la Carátula de la Póliza, a cambio de un recibo expedido por la misma, o bien a través de los medios alternativos de pago que Plan Seguro ofrezca al asegurado en la carátula de la póliza, en ningún caso la prima se pagará en efectivo, para la opción de pago mediante autorización de cargo automático a tarjeta de crédito, será responsabilidad del asegurado mantener vigente su plástico y los fondos suficientes para el pago, así como notificar oportunamente a Plan Seguro sobre los nuevos datos de la tarjeta de crédito cuando haya sido renovada o sustituida por cualquier motivo. Asimismo, se estipula que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto Plan Seguro entregue el comprobante de pago correspondiente.

En caso de que el asegurado decida realizar el pago de la prima mediante cheque éste deberá ser librado en favor de Plan Seguro, S.A., de C.V., Compañía de Seguros., debiendo asegurarse de que al momento de ser girado cuente con los fondos suficientes para el pago y que la chequera o cuenta se encuentra vigente y libre de cualquier situación que impida que el cheque sea cobrado por Plan Seguro. En caso de no cumplir con lo arriba señalado, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente en términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de Plan Seguro cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 (cincuenta y dos) y 53 (cincuenta y tres) fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de Plan Seguro quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Plan seguro, si el(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 (ciento treinta y nueve) a 139 (ciento treinta y nueve) Quinquies, 193 (ciento noventa y tres) a 199 (ciento noventa y nueve), 400 (cuatrocientos) y 400 (cuatrocientos) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Plan Seguro tenga conocimiento de que el nombre del (de los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Plan Seguro consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

EDAD. Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos, sin límite de edad máxima de aceptación, siempre y cuando se aplique un examen de selección médica a las personas de más de 65 años, reservándose Plan Seguro el derecho de aceptar o indicar bajo qué condiciones se emitirá la Póliza.

Plan Seguro se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de edad de cada Asegurado y una vez comprobada, Plan Seguro deberá anotarlos en la propia Póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre su edad.

Si se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, quedará a criterio de Plan Seguro proceder de la siguiente forma:

- a) Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, Plan Seguro reembolsará al Contratante, el cincuenta y seis punto cinco por ciento (56.5%) de la Prima en Pólizas de Colectivo tipo A y cincuenta y dos punto cinco por ciento (52.5%) en Pólizas de Colectivo tipo B, que pagó en exceso. Las Primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- b) Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación la obligación de Plan Seguro se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

REHABILITACIÓN. Cuando la Póliza vigente cese en sus efectos por falta de pago de Primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince (15) días naturales siguientes al vencimiento del Período de Gracia y en su caso, Plan Seguro la podrá otorgar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Utilizar el formato autorizado adjuntando los documentos establecidos, ambos por Plan Seguro.
- b) Presentar los requisitos de asegurabilidad determinados por Plan Seguro para la evaluación de su estado de salud.

La Póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que Plan Seguro lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al Contratante en breve.

En ningún caso Plan Seguro responderá por Enfermedades o Accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la Póliza y la fecha en que Plan Seguro emitió la respectiva autorización, así como de sus complicaciones o secuelas no obstante que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza una vez rehabilitada.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA. La Cobertura de cada uno de los Padecimientos cubiertos terminará automáticamente con cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Cuando el Padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se origino el Padecimiento.
- 2) Terminación de la vigencia de la Póliza, salvo lo indicado en la Cláusula de Período de Beneficio.
- 3) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.

PERÍODO DE BENEFICIO. Mientras el Asegurado renueve con Plan Seguro su Póliza de Seguro de salud para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza, los gastos por cada Padecimiento se continuarán pagando hasta certificarse la curación del mismo a través de la Alta médica o hasta agotar la Suma Asegurada contratada en la fecha en la que se originó el Padecimiento, lo que ocurra primero.

Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por conceptos de Padecimientos iniciados en la vigencia de esta Póliza con Plan Seguro, estos se cubrirán vía

Reembolso hasta certificarse la curación del Padecimiento de que se trate a través del Alta médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta dos (2) años contados a partir de la fecha de término de vigencia o a partir de la fecha de cancelación de la Póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

PERÍODO DE GRACIA. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. En este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia de su pago vía Reembolso.

PERÍODO AL DESCUBIERTO. Comienza a las doce (12) horas del día en que vence el Período de Gracia y concluye al notificarse al asegurado por cualquier medio que la póliza ha sido rehabilitada, quedando excluidas las Enfermedades y/o Accidentes cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este período al igual que los gastos erogados a consecuencia de dichas Enfermedades y/o Accidentes, así como sus complicaciones y secuelas ocurridas ya iniciada la Cobertura, ya sea que haya sido declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o bien, cuando Plan Seguro cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, aún y cuando el diagnóstico haya sido dado a conocer con posterioridad a la conclusión de este período.

CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO. En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de Plan o Producto, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, reconociendo su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra, Plan Seguro, se reserva el derecho de autorizar o rechazar el cambio.

Los padecimientos y/o diagnósticos que se originen a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza adquirida con motivo del cambio de Plan o Producto, quedarán amparados bajo los límites, Condiciones Generales y Endosos establecidos en dicha Póliza.

Los padecimientos y/o diagnósticos originados durante la vigencia o vigencias anteriores quedarán amparados bajo los límites, Condiciones Generales y Endosos de la (s) Póliza (s) anterior (s) según corresponda.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA. Para este Beneficio, Plan Seguro reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s), únicamente para efectos de reducir o eliminar los Períodos de Espera descritos en el apartado de Gastos Cubiertos con Períodos de Espera, excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen en determinadas coberturas que no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN. Si el otorgamiento de este Seguro es por una prestación laboral entonces en caso de que cualquier Dependiente Económico del Asegurado Titular que haya sido dado de Baja por alguna de las situaciones mencionadas en el inciso de “Dependientes Económicos” de las presentes condiciones, tendrá derecho, si solicita dentro de

los treinta (30) días siguientes a la fecha en que fue dado de Baja de la presente Póliza, le sea expedida una Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en el Plan Individual/Familiar similar al Plan original y hasta la Suma Asegurada vigente en ese momento, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad, siempre y cuando su edad no sea superior a sesenta y cinco (65) años. En caso de tener más de sesenta y cinco (65) años se requerirá aplicar Examen de Selección Médica, Cuestionario(s) Médico(s) y Solicitud de Seguro, reservándose Plan Seguro el derecho de aceptación o indicando bajo qué condiciones será aceptado.

Este nuevo Contrato acreditará la Antigüedad que el Asegurado hubiera generado en la Póliza de grupo o colectiva al momento de efectuarse el cambio, quedando excluidos aquellos Padecimientos ya reclamados en la Póliza de grupo o colectiva, así como sus complicaciones.

ANTIGÜEDAD. La Antigüedad puede ser reconocida, tratándose de Póliza(s) de Plan Seguro o ser reconocida de Póliza(s) de otra(s) Compañía(s); para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos requiere Plan Seguro al momento de solicitar la Póliza, durante los siguientes 30 (treinta) días posteriores al inicio de vigencia de la que haya sido contratada con Plan Seguro, debiendo presentar la documentación que lo acreditó como Asegurado de manera continua e ininterrumpida.

El reconocimiento de Antigüedad sólo aplica para eliminar o reducir los Periodos de Espera, excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen coberturas en las cuales no opera el reconocimiento de Antigüedad bajo ninguna circunstancia.

La antigüedad reconocida para cada Asegurado será indicada en la carátula de la póliza. Para otorgar el Reconocimiento de Antigüedad, se requiere que el periodo mínimo transcurrido en la Póliza inmediata anterior sea de al menos un año.

Para reconocer un periodo de Antigüedad el Asegurado y/o Contratante deberá comprobar a Plan Seguro que durante ese periodo la(s) prima(s) de la(s) póliza(s) fue(ron) pagada(s).

CLÁUSULAS OPERATIVAS.

COBERTURA DEL CONTRATO.

- a) **Accidente.** En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza, es decir no hay Período de Espera.

No se considera Accidente:

- Las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- Las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente, mismas que serán consideradas como Enfermedad.

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, se consideran como un sólo Siniestro.

El gasto erogado y procedente a consecuencia de un Accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible contratado estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para que éste sea considerado como un

Gasto Médico Mayor, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indica en el apartado de Pago de Siniestros e Indemnizaciones para Aviso de Siniestro.

- b) Enfermedad.** En caso de contratación de una Póliza nueva y de tratarse de una Enfermedad cubierta, ésta quedará amparada después de transcurrir treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la Póliza. Dicho período se elimina cuando al momento de la contratación, Plan Seguro otorga el Reconocimiento de Antigüedad con otras compañías, o:

1.- Cuando se trate de una renovación en Plan Seguro.

2.- En caso de hijos nacidos dentro de la vigencia de la misma, que fueron dados de alta después de los treinta (30) días naturales de nacidos.

Lo anterior en el entendido de que, lo previsto en la Cobertura de ACCIDENTES y ENFERMEDADES aplica de conformidad con lo señalado en los apartados de Gastos Médicos Cubiertos, 5. Gastos Cubiertos con Períodos de Espera, 7. Exclusiones y Endosos de la Póliza y/o Asegurado”, respectivamente.

COLECTIVOS ASEGURABLES.

- a. Los Empleados u Obreros de un mismo Patrón o Empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo que se encuentren en servicio activo, que presten sus servicios a ese mismo Patrón o Empresa.
- b. Los Sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.
- c. Los cuerpos del Ejército, de la Policía o de los Bomberos así como las unidades regulares de los mismos que se encuentren en servicio activo.
- d. El conjunto de personas organizadas y legalmente constituidas, que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan colectivos asegurables y se encuentren en servicio activo.

Se considera como COLECTIVO tipo A: Aquellas colectividades que cumplan con las características mencionadas en los incisos que anteceden del presente rubro denominado COLECTIVOS ASEGURABLES y que estén conformadas por lo menos por el ochenta y cinco por ciento (85%) de la colectividad asegurable y como mínimo por veinticinco (25) Titulares en donde la contratación es obligatoria para todos los miembros de la colectividad es decir se trata de una prestación laboral, en donde la regla de asegurabilidad no es discriminatoria.

Se considera como COLECTIVO tipo B: Aquellas colectividades que cumplan con las características mencionadas en los incisos que anteceden del presente rubro denominado COLECTIVOS ASEGURABLES y que estén conformadas por lo menos por el treinta por ciento (30%) de la colectividad asegurable y como mínimo por diez (10) Titulares.

OBLIGACIÓN DE ASEGURAR. El contratante se obliga a solicitar el Seguro para todas aquellas personas que reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar el Seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro de los treinta (30) días siguientes a que las reúnan.

REGISTRO DE ASEGURADOS. Plan Seguro integrará el registro de Asegurados con la información proporcionada por el contratante, el cual contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los miembros de la colectividad.
- b) Suma Asegurada que les corresponda.
- c) Fecha en que entren en vigor el Seguro de cada uno de los miembros de la colectividad y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.
- e) Operación y Plan de Seguros de que se trate.
- f) Coberturas Amparadas.

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE. Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que concluye su vigencia, Plan Seguro se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Usuario que formule la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, proporcionarán un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

La terminación anticipada no eximirá a Plan Seguro del pago de las Indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor. Plan Seguro devolverá de conformidad con sus políticas de coberturas vigentes el 56% de la Prima Neta Pagada no Devengada, siempre y cuando no exista un Siniestro afectando a la Póliza, en cuyo caso, no habrá devolución de Prima, ya que se considera devengada en su totalidad.

Para el caso de devolución de prima neta pagada no devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente el asegurado deberá manifestar, en el formato que para tales efectos le proporcione Plan Seguro, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la póliza, por lo que si posteriormente a dicha devolución el asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de indemnización por haber cesado ya los efectos del contrato de seguro.

En tal situación, el periodo de beneficio no resultará aplicable.

RESIDENCIA. Sólo estarán cubiertas bajo este Seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

VIGENCIA. Salvo pacto contrario, la vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor a partir de la fecha y hora que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual.

CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

OBJETO DEL SEGURO.

Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, en lo sucesivo Plan Seguro, mediante la obligación del pago de una Prima por parte del Asegurado o Contratante, cubre los Gastos relacionados con los Servicios de Salud amparados y padecimientos amparados por la Póliza como consecuencia de un Padecimiento cubierto dentro de la República Mexicana y de acuerdo al Nivel Hospitalario contratado, Plan Seguro indemnizará el costo de los mismos, hasta por la Suma Asegurada contratada para cada Cobertura indicada en la Carátula de la Póliza y/o

Certificado Individual. Los servicios cubiertos deberán ser ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, período de Cobertura y Endosos adicionales, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad o dichos Padecimientos cumplan con las condiciones señaladas en el apartado de Gastos Médicos Cubiertos y Gastos Cubiertos con Período de Espera de estas Condiciones Generales.

CONTRATO.

Forman parte de este Contrato las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a Plan Seguro en la Solicitud, Cuestionario(s) correspondiente(s) y Examen Médico, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos; la Carátula de Póliza, las cláusulas opcionales, así como los Endosos que lleva anexos y éstas Condiciones Generales, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

Plan Seguro se reserva el derecho de expedir Endosos, extraprimando o excluyendo determinados Padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo, de acuerdo al proceso de selección que se lleva a cabo con motivo de la Solicitud del Seguro. Aplica el mismo derecho de expedir Endosos al momento de rehabilitar una Póliza o en caso de cambio de Producto.

Si durante la vigencia o en la renovación existiera una agravación del riesgo derivada del cambio de ocupación o actividad del Asegurado, éste debe dar aviso inmediato por escrito a Plan Seguro, quien se reserva el derecho de establecer el cobro de una Extraprima o excluir el nuevo riesgo declarado bajo este concepto.

Si el Asegurado omite avisar por escrito a Plan Seguro, y dicha agravación influye en el Sinistro, Plan Seguro queda liberado de la obligación de cubrir cualquier gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo, procediendo en ese caso a lo estipulado en el apartado de Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Omisión o Inexactas Declaraciones.

COMPETENCIA. En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, de forma escrita o por otro medio, de manera optativa ante cualquiera de las siguientes instancias:

- a) Ante Unidad Especializada de Atención a Clientes de Plan Seguro (UNE) Centro de Atención Telefónica Plan Seguro.
- b) Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus subdelegaciones.
- c) En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante o en la que hubiere presentado su reclamación.

DATOS DE CONTACTO

Unidad Especializada de Atención a Clientes de Plan Seguro (UNE) - Servicio Seguro.

Teléfonos: 01 (55) 41 70 96 68 y 01 (55) 41 70 96 67

Dirección: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.planseguro.com.mx

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas.

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

CONDUSEF

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

En la Ciudad de México: (55) 53 40 0999

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100.

Página web: www.condusef.gob.mx

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver:

www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley, es decir por omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, en que se considerará desde el día en que Plan Seguro haya tenido conocimiento de él y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios, se necesita además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES. El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a Plan Seguro de acuerdo con las Solicitudes, Examen de Selección y Cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las Condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a Plan Seguro para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Arts. 8, 9, 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), Plan Seguro reintegrará al contratante el cincuenta y seis punto cinco por ciento (56.5%) de la Prima en Pólizas de Colectivo tipo A y cincuenta y dos punto cinco por ciento (52.5%) en Pólizas de Colectivo tipo B, siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración

Para el caso de devolución de prima neta pagada no devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente el asegurado deberá manifestar, en el formato que para tales efectos le proporcione Plan Seguro, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la póliza, por lo que si posteriormente a dicha devolución el asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de indemnización por haber cesado ya los efectos del contrato de seguro.

En tal situación, el periodo de beneficio no resultará aplicable.

MONEDA. Todos los pagos relativos a este Contrato se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos y en las oficinas de Plan Seguro.

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, dichos gastos serán reembolsados en la República Mexicana en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación. El tipo de cambio a aplicar será el vigente a la fecha de erogación del gasto.

OTROS SEGUROS. Cuando se contrate en varias Empresas un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los Aseguradores la existencia de los otros Seguros. La Cobertura de la presente Póliza no será condicionada por contar con otros Seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los Aseguradores, así como de las Sumas Aseguradas.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. Si el contratante y/o asegurado desea realizar modificaciones al presente contrato de seguro, se deberá notificar por escrito a Plan Seguro, para que previo acuerdo de las partes se modifique la póliza de seguro, mediante cláusulas adicionales o endosos, siempre y cuando resulte procedente el ajuste solicitado de conformidad con el registro de producto previamente realizado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de Plan Seguro, carecen de facultades para hacer concesiones o modificaciones.

RECTIFICACIÓN DE PÓLIZAS. En términos del Artículo 25 de la Ley sobre el contrato de seguro, si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

INTERÉS MORATORIO. Si Plan Seguro no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá al acreedor una Indemnización por Mora de acuerdo a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, Plan Seguro pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, Plan Seguro estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por Plan Seguro sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará apegado a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice Plan Seguro se hará en una sola exhibición que comprenderá el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios.
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo.
- c) La obligación principal.

En caso de que Plan Seguro no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando Plan Seguro interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si Plan Seguro, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Unidades de Medida y Actualización diarias.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Plan Seguro, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le

impondrá una multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS. En el Seguro sobre las personas, Plan Seguro sólo podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra terceros en razón del Siniestro, cuando se trate de Contratos de Seguro que cubran Gastos Médicos Mayores o Salud.

En los términos de la Ley, una vez pagada la Indemnización correspondiente, Plan Seguro se subrogará, hasta por la cantidad pagada, en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones, contra los autores responsables del Siniestro. Si Plan Seguro lo solicita, a costa de ésta, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Asegurado se impide la Subrogación, Plan Seguro quedará libre de sus obligaciones.

Si el daño fuere indemnizado solo en parte, el Asegurado y Plan Seguro concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la Subrogación no procederá en caso que el Asegurado, tengan relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño o bien si son civilmente responsables de la misma.

COMUNICACIONES. Todas las comunicaciones relacionadas con éste Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de Plan Seguro ubicado en Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. Las comunicaciones que Plan Seguro haga al Contratante, se dirigirá al último domicilio que ésta conozca.

REVELACIÓN DE COMISIONES. Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Institución que le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la Solicitud.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación que se realice a consecuencia de una Enfermedad, el Asegurado se obliga a pagar el Deducible y Coaseguro contratados, los cuales se descontarán del monto procedente, calculado sobre los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y/o Endosos. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la Participación del Asegurado en toda la reclamación.

Para gastos complementarios a una reclamación pagada y para la cual se haya cubierto el Deducible, no se aplicará cantidad alguna por este concepto; sólo se aplicará el Coaseguro correspondiente.

En caso de Accidente Cubierto, no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el accidente, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación acta del Ministerio Público, cuando Plan Seguro así lo requiera.

Al utilizar Médicos y Hospitales en convenio con Plan Seguro y cuando la indemnización sea a través de Pago Directo, se contará con la reducción de 1 UMAM sobre el Deducible contratado y adicionalmente se eliminarán 5 (cinco) puntos porcentuales del Coaseguro contratado. De no utilizar Médicos y Hospitales en convenio con Plan Seguro y exista una reclamación procedente, si el Médico acepta el tabulador contratado y que la Indemnización sea a través de Pago Directo, se descontará la cantidad correspondiente a 0.5 UMAM del Deducible contratado y se reducirán 5 (cinco) puntos porcentuales del Coaseguro contratado. Estos beneficios no aplican en:

- Pagos por Reembolso.
- Cuando la atención sea en un Nivel Hospitalario mayor a la contratada.

El deducible contratado aplica de acuerdo a las Condiciones Generales.

Si el Asegurado se atiende en un hospital de Nivel Hospitalario superior a la contratada, por cada nivel por encima del contratado, se aplicarán veinte (20) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado. En el caso Emergencia Médica no aplica la penalización por acudir a un nivel hospitalario superior.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro si el asegurado se atiende en un nivel mayor a la contratada.

PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.

AVISO DE SINIESTRO. Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberá dar aviso por escrito a Plan Seguro en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente y/o Enfermedad que pueda ser motivo de Indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo realizarlo tan pronto como cese uno de otro.

ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA. En caso de Accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general y que, el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite levantar el acta ante el Ministerio Público en forma inmediata y presentarla a Plan Seguro siempre y cuando así se haya requerido, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, esto dentro de un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente que pueda ser motivo de Indemnización, en cuyo caso se procederá de acuerdo a lo descrito en el apartado de Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo realizarlo tan pronto como cese uno de otro.

RECLAMACIONES. En toda reclamación deberá comprobarse a Plan Seguro, por cuenta del reclamante, la realización del Siniestro.

No serán procedentes pagos o reembolsos a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier institución semejante en donde no se exige remuneración.

De acuerdo a lo establecido y declarado por el asegurado en la solicitud de la póliza, Plan Seguro tendrá derecho a verificar la realización del siniestro, así como los antecedentes relacionados con su origen y la procedencia de los gastos realizados y de los honorarios cobrados.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN. Para solicitar el pago de cada siniestro de Salud deberá entregarse la siguiente documentación completa, llenada con letra de molde en los casos que corresponda, y sin tachaduras ni enmendaduras:

- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado.
- Comprobante de domicilio actual (Si el domicilio plasmado en el INE coincide con el notificado en el aviso de Accidente o Enfermedad, no es necesario).
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Este documento se presentará en forma completa y con letra de molde por el Titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante.
- Informe Médico en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe Médico que exhiba el Asegurado.
- Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.
 - Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Accidente o Enfermedad, deberán solicitarse a nombre del paciente (asegurado afectado si es mayor de 17 años), titular o contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Facturas de honorarios médicos originales (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., cédula profesional además de los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Cada factura deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.
- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar una factura por cada visita realizada y cada factura se acompañará de un informe del Médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, en su caso, así como el I.V.A, y deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes.
- Desglose de la cuenta o comanda cuando se trate de atención hospitalaria.
- Recetas de medicamentos cuando exista prescripción del Médico Tratante.
- Recetas médicas para aparatos ortopédicos o equipo especial.

En caso de Accidente Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar el la denuncia y en su caso carpeta de investigación iniciada ante el Ministerio Público para la valoración de la reclamación

Todas las notas, facturas, así como los Avisos de Accidente y/o Enfermedad e Informes Médicos deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o provisionales. Toda la documentación deberá cumplir con los requisitos legales y reglamentos fiscales que correspondan para ser válidos y quedarán en poder de Plan Seguro, una vez pagada la Indemnización correspondiente.

En caso de pago por Reembolso, todas las facturas deberán ingresarse a nombre del Asegurado Titular, afectado y/o Contratante.

Cuando se esté solicitando el pago de dos o más padecimientos diferentes que ocurrieron al mismo tiempo, se debe entregar por separado la documentación antes mencionada para cada padecimiento.

Plan Seguro únicamente pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean parientes directos del Asegurado, y los gastos de internación efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.

El Asegurado deberá identificarse presentando su credencial que lo acredita como Asegurado de Plan Seguro e identificación oficial vigente con fotografía, excepto para menores de edad, cuando el prestador de servicios así lo requiera.

Plan Seguro podrá, si así lo considera, solicitar cualquier tipo de información médica, así como solicitar la realización al Asegurado de cualquier tipo de estudios, necesarios e indispensables para poder evaluar la procedencia o improcedencia de alguna reclamación, ya sea por Pago Directo o por Reembolso.

Asimismo, Plan Seguro de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el contrato de seguro, tendrá derecho de solicitar cualquier información que considere necesaria para valora el siniestro.

PAGO DE RECLAMACIONES.

- Las indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán liquidadas en las oficinas de Plan Seguro, en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que Plan Seguro reciba el TOTAL de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- Todas las indemnizaciones cubiertas por Plan Seguro serán liquidadas en las oficinas de la misma a cada Asegurado o a quien éste haya designado

En el caso de Coberturas que operen vía Pago Directo, se debe tramitar la autorización de la Atención médica requerida en Hospitales y con Médicos en convenio con Plan Seguro, de acuerdo con el Manual del Usuario. Después de ser autorizada su atención, se someterá al procedimiento requerido y pagará el Deducible y Coaseguro contratado, así como los gastos no cubiertos por la Póliza.

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro del Nivel Hospitalario correspondiente a su Plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a su Nivel Hospitalario contratado, además del Coaseguro contratado, pagará veinte por ciento (20%) adicional sobre los gastos cubiertos por cada nivel Hospitalario superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte por ciento (20%) adicional al Coaseguro contratado

en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico y el Hospital estén o no en convenio con Plan Seguro. Además, no aplica el Tope Máximo de Coaseguro.

PAGOS IMPROCEDENTES. Cualquier Indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de Baja, obliga al Contratante a reintegrar el pago a Plan Seguro.

En caso de que el Asegurado se realice una cirugía, procedimiento o tratamiento médico diferente al inicialmente programado, mismo que fue autorizado para ser cubierto por pago directo, Plan Seguro quedará en pleno derecho de cancelar la autorización del pago respectivo, quedando todos los gastos a cargo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado ingrese documentación apócrifa, alterada o manipulada para efectos de realizar una reclamación ya sea por Reembolso o Pago Directo, programación de cirugía o solicitud de estudios, o cuando ingrese un segundo dictamen médico, con el que pretenda desvirtuar o modificar el contenido del primero, con fundamento en los artículos 66, 68, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, esto será motivo para que las obligaciones de Plan Seguro queden extinguidas.

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior (Ley del Contrato de Seguro).

ANEXO DE PRECEPTOS LEGALES:

Todos los preceptos legales mencionados en el presente contrato, podrán ser consultados en nuestra página web a la siguiente dirección: www.planseguro.com.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de marzo de 2022, con el número CNSF-H0701-0059-2021/CONDUSEF-002710-05”.



Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros.
Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso
4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900,
Ciudad de México.