



Plan Seguro[®]

Primer Nivel

Condiciones Generales

Índice

1. DEFINICIONES	3
2. COBERTURAS BÁSICAS	6
2.1. CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS	6
2.2. MÉDICO GENERAL A DOMICILIO	7
2.3. MÉDICO GENERAL POR VIDEOLLAMADA	7
3. ATENCIONES INCLUIDAS	8
3.1. ATENCIÓN FUNERARIA	8
3.2. ATENCIÓN MÉDICA	9
3.3. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES NACIONALES	12
3.4. ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL	14
3.5. ATENCIÓN VISUAL	19
3.6. BIOMETRÍA FACIAL	20
3.7. DENTAL BÁSICA	21
4. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO	21
4.1. EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA	21
4.2. GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE UN ACCIDENTE Y/O EMERGENCIA MÉDICA	22
4.3. GASTOS MÉDICOS POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	23
4.4. GASTOS MÉDICOS POR PARTO, CESÁREA O ABORTO	24
4.5. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER	25
4.6. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER DE MAMA	26
5. ATENCIONES OPCIONALES CON COSTO	27
5.1. DENTAL MÁS	27
5.2. DENTAL TOTAL	28
6. EXCLUSIONES GENERALES	28
7. CLÁUSULAS	31
7.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	31
7.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS	35
7.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES	37
7.4. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	44

1. DEFINICIONES

ACCIDENTE. 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.

No se consideran accidente las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado y las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los noventa días siguientes a la fecha del Accidente.

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

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar la Franquicia contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza sección "Coberturas opcionales con costo" para que éste sea cubierto, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indican en estas Condiciones Generales.

AMBULATORIO. Toda atención médica que no requiera de hospitalización mayor o igual a veinticuatro (24) horas (enfermedades, urgencias, accidentes y procedimientos).

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual, la persona asegurada ha contratado una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud. **La Antigüedad no será reconocida, tratándose de Póliza(s) de Plan Seguro o de otra(s) Compañía(s). Este producto no genera Antigüedad para un producto de Gastos Médicos Mayores y/o de Salud de Plan Seguro.**

ASEGURADO. Persona expuesta a cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierto por esta Póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

BIOMETRÍA FACIAL. Herramienta que permite realizar una evaluación y otorgar una puntuación del estado general de salud de una persona tomando como base ciertos indicadores.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA. Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones del Asegurado y/o Contratante y Plan Seguro.

CONDICIONES GENERALES. 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.

CONTRATANTE. 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 obliga 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 del Seguro, las cuales son la base para la apreciación del riesgo y que dan lugar a la contratación de la Póliza.

EMERGENCIA MÉDICA. Cuando el Asegurado requiere de atención médica inmediata debido a cualquier alteración órgano-funcional repentina, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad,



de tal severidad que ponga en peligro la vida, la integridad corporal o la funcionalidad de alguno de los órganos del Asegurado.

ENFERMEDAD. 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.

Las lesiones corporales, alteraciones o enfermedades producidas como consecuencia directa de las alteraciones señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, complicaciones y secuelas, son consideradas como un mismo Siniestro.

No son consideradas como Enfermedad, las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

ESTADO DE EBRIEDAD. Intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas, 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, a través de la aplicación de cualquier método reconocido para detectar los niveles de alcohol o la existencia de dicha intoxicación.

FRANQUICIA. Cantidad establecida en la Carátula de Póliza, cuyo importe ha de superarse para que proceda el pago desde el primer peso de un riesgo cubierto.

INDEMNIZACIÓN. Cantidad que está obligada a pagar Plan Seguro al Asegurado, a consecuencia de un padecimiento de acuerdo a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos.

INFORME MÉDICO. Documento elaborado y firmado por el Médico Tratante el cual debe contener antecedentes personales patológicos fechados, signos y síntomas relacionados con el padecimiento, diagnóstico definitivo y etiológico, así como detalle del tratamiento a proporcionar.

MÉDICO. Persona que ejerce la Medicina y se encuentra legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la Medicina y que, cuenta con los conocimientos Médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, 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, con un grado superior de estudios al de Médico Especialista.

MÉDICO TRATANTE. Persona que ejerce la Medicina y legalmente autorizada para la práctica de su profesión, que brinda control y tratamiento al Asegurado.

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



PADECIMIENTO CONGÉNITO. Padecimiento con el que se nace como consecuencia de trastornos producidos durante la gestación, consistentes en alteraciones anatómicas, fisiológicas o por Parto Prematuro, y que puede tener sus manifestaciones al momento o posterior al nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas alteraciones serán consideradas como un solo Padecimiento.

PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Padecimientos 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:

- 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
- 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.



PAGO VÍA REEMBOLSO. Pago que realiza Plan Seguro de los gastos erogados procedentes de las coberturas indicadas en las presentes Condiciones Generales, previa comprobación de los mismos.

PERIODO AL DESCUBIERTO. Lapso durante el cual el Asegurado no goza de las coberturas indicadas en las presentes Condiciones Generales.

PERIODO DE ESPERA. Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza para cada Asegurado, respecto de los padecimientos que así lo prevén en las Condiciones Generales.

PRIMA TOTAL. 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.

PRIMA NETA COBRADA NO DEVENGADA. Parte de la prima neta cobrada que no fue utilizada y que corresponde al periodo pendiente de cobertura de la Póliza contratada.

SINIESTRO. Acontecimiento o hecho previsto en el Contrato de Seguro que puede ser Enfermedad, Accidente, Maternidad, u otro, 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.

SUMA ASEGURADA. Es la cantidad máxima que Plan Seguro pagará por Siniestro y concepto indicado en Carátula de la Póliza y/o Condiciones Generales.

TRASLADO. Desplazamiento del Asegurado a un Hospital, Sanatorio o Clínica proporcionado por servicios profesionales de ambulancia contratado por Plan Seguro.

2. COBERTURAS BÁSICAS

Comprenden los Accidentes y/o Enfermedades por las siguientes coberturas, hasta la Suma Asegurada especificada en la Caratula de la Póliza y/o Condiciones Generales, cuyos gastos se hayan erogado dentro de la República Mexicana.

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

2.1. CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado, por consultas médicas ambulatorias de Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas hasta el límite de sesiones y el monto por cada una que se señale en la Carátula de Póliza. El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General, Especialista o Subespecialista sin que exista alguna restricción en ese sentido.



EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. Consultas y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
2. Consultas o tratamientos para control de peso y de carácter estético.
3. Consultas y tratamientos por medicina física y rehabilitación.
4. Medicamentos prescritos por el médico tratante.
5. Consultas realizadas a domicilio.

2.2. MÉDICO GENERAL A DOMICILIO

Se incluye concertación de cita con médicos generales, en caso de Accidente y/o Enfermedad, cubriendo el Asegurado \$400 pesos directo con el médico, sin límite en el número de concertación de citas. Aplica en lugares donde los médicos estén en posibilidad de asistir.

EXCLUSIONES DEL MÉDICO GENERAL A DOMICILIO

1. Consultas con Médicos Especialistas y Subespecialistas.
2. Si el evento no es notificado y autorizado por Plan Seguro.
3. El costo de medicamentos.
4. El envío de médico a domicilio por Emergencias Médicas.
5. El envío de médico a domicilio a clínicas, hospitales, o cualquier centro que brinde estos servicios.
6. El costo de \$400 en consultas por COVID o sospecha de COVID.

2.3. MÉDICO GENERAL POR VIDEOLLAMADA

En caso de que el Asegurado requiera de una orientación o asesoría con un Médico general, podrá recurrir al beneficio de videoconsultas el cual se realizará por videollamada. Este beneficio se extiende para afecciones psicológicas y nutricionales. Asimismo, se otorga asesoría por chat, para resolución de dudas específicas relacionadas con la videoconsulta realizada con anterioridad.

- Para la asesoría u orientación médica general, el servicio es ilimitado y únicamente para padecimientos de primer nivel de atención, como son la promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación.
- Este servicio de asesoría médica se presta de manera ininterrumpida, las veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, incluyendo días festivos y no laborables.
- La asesoría u orientación psicológica y nutricional se otorga máximo una (1) sesión al día para cada servicio, previa cita, y en un horario de 9:00 a 17:00 hrs de lunes a viernes.
- Para la asesoría u orientación médica general, se realizará un informe Médico, el cual estará disponible para consulta del Asegurado en el portal de servicio.
- Para la asesoría u orientación médica general, en caso de requerirse, se proporcionará receta médica para comenzar tratamiento del paciente, en la cual se incluyen los datos del doctor que lo atendió.

En caso de solicitarlo el Asegurado, se podrá ofrecer el servicio de surtido de la receta médica con el costo de los medicamentos a cargo del Asegurado. Para tener acceso a estos servicios, el Asegurado deberá registrarse en la plataforma a través de la página web www.planseguro.com.mx.



EXCLUSIONES PARA MÉDICO GENERAL POR VIDEOLLAMADA

1. **Asesoría u orientación médica de especialidad o subespecialidad.**
2. **Asesoría u orientación médica en caso de Emergencias Médicas.**

3. ATENCIONES INCLUIDAS

El Asegurado tendrá derecho a utilizar el servicio de diversas atenciones, mismas que se describen a continuación y las cuales para su uso, deberá solicitarlas al siguiente número telefónico: 800 277 1234.

3.1. ATENCIÓN FUNERARIA

El servicio de atención funeraria brinda la asesoría, gestión y coordinación en el momento de un deceso a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente e incluye lo siguiente:

1. Información y orientación sobre el proceso del servicio funerario las veinticuatro (24) horas del día, trescientos sesenta y cinco (365) del año.
2. Recolección del cuerpo y primer traslado del lugar del fallecimiento o Servicio Médico Forense (SEMEFO) a la funeraria, con una distancia máxima de cincuenta (50) kilómetros a la redonda. En la Ciudad de México y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey y áreas conurbadas, el traslado se efectuará omitiendo la restricción de cincuenta (50) kilómetros.
3. Arreglo estético y embalsamado del cuerpo.
4. Facilidades para celebrar servicios religiosos en la sala de velación.
5. Sala de velación estándar dentro de la red del prestador a nivel nacional, o servicio en el domicilio sin costo adicional.
6. Segundo traslado de la funeraria o domicilio al cementerio o crematorio.
7. Orientación tanatológica y de contención vía telefónica, para un familiar del fallecido.
8. Asesoría telefónica en trámites post mortem: cobro de seguros, cancelación de cuentas, tarjetas bancarias y membresías, baja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y/o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), baja ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), cierre de vida digital.
9. Pago de derechos en panteones civiles y municipales. **No incluye adquisición de lotes, nichos, exhumaciones ni trabajos de albañilería.**
10. Trámites de gestoría tales como gestión ante las autoridades del Registro Civil para la obtención del Acta de defunción, trámite y permiso de inhumación o cremación, trámite para obtener el permiso de cremación de parte del juzgado y pago de derechos de cremación. En caso de ser necesario se incluye la gestión y trámites para obtener los permisos de la Secretaría de Salud.
11. En caso de inhumación, se cubre el servicio de embalsamado.
12. Ataúd hasta de calibre veintidós (22), metálico o de madera, en caso de inhumación.
13. Servicio de cremación o inhumación.



14. Ataúd para velación y urna estándar en caso de cremación.
15. Publicación de obituarios en línea mediante una plataforma donde los familiares y amigos de la persona fallecida podrán interactuar en su obituario. Este incluye: templates, espacio para publicar memorias, espacio para integrar fotos y videos, sección de eventos para publicación de lugar y horarios de ceremonias, rosarios o eventos póstumos. Familiares y amigos podrán compartir y/o administrar las publicaciones que en éste se hagan.
16. Apoyo por últimos gastos por \$20,000 pesos. Este monto se le pagará al conyuge. A falta de este, se le pagará a los hijos. A falta de estos, se le pagará a los padres. A falta de estos, se pagará conforme al dictamen del juicio sucesorio.

Para esta atención no aplica reembolso.

En caso de celebrarse el servicio funerario en la agencia “Lomas Memorial” / Gaysosso, el servicio funerario contempla un tope de \$20,000.00 pesos. Si el costo rebasa este límite, el excedente deberá ser cubierto por el familiar del fallecido.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

Para casos COVID o enfermedades terminales aplica Periodo de Espera de noventa (90) días.

3.2. ATENCIÓN MÉDICA

Las siguientes atenciones serán proporcionadas en los Estados Unidos Mexicanos, para residentes de territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas del día, trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 800 277 1234. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente:

1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA (atención las 24 horas, los 365 días del año)

A petición del Asegurado, será referido con el prestador del servicio quien le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requiera la presencia de un médico. Sin límite en el número de orientaciones.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Diagnóstico médico.**
- 2. Receta vía telefónica.**
- 3. El costo y pago de medicamentos.**

2. PAGO Y ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE

El Asegurado podrá solicitar hasta dos (2) eventos por año el envío de ambulancia hasta el costo de \$1,500.00 o la distancia de veinte (20) km dentro de la localidad y únicamente para los siguientes casos:



- El Asegurado sufra un Accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.
- Se encuentre en un hospital con falta de infraestructura para su adecuada atención y requiera del traslado de hospital a hospital. Debe contar con recomendación médica por escrito.
- Se agote la Suma Asegurada, y requiera del traslado a un hospital de gobierno. Debe contar con carta de agotamiento de Suma Asegurada expedida por Plan Seguro.
- Se encuentra en un hospital de gobierno, y requiera del traslado a un hospital privado. Debe contar con recomendación médica por escrito.
- Se tenga indicación médica para traslados por cirugías que impidan la movilidad adecuada.

El servicio de ambulancia será únicamente terrestre y sólo aplica en las localidades donde se cuente con este servicio.

Si por razones médicas fuera necesario, el traslado se realizará bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada Asegurado quedando a su cargo el costo del servicio.

En caso de que el servicio exceda el límite establecido, el Asegurado deberá pagar la diferencia directamente al prestador del servicio.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Ambulancia por COVID.**
- 2. Accidente en carreteras Federales y/o Estatales.**

3. REFERENCIA MÉDICA

Se incluye concertación de cita con médicos generales o especialistas (de todas las especialidades con médicos en convenio con el prestador) o en un centro hospitalario, en caso de Accidente y/o Enfermedad. Todas las consultas del primer nivel de atención con un costo de \$400 pesos, para el resto de las especialidades (en convenio con el prestador), el costo correrá a cargo del Asegurado. Sin límite en el número en el número de concertación de citas.

El servicio se brinda en zonas donde haya prestador de servicios y solo con médicos de la red del prestador.

El costo de la consulta depende de la especialidad y de la zona del consultorio.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Consultas cuando el Asegurado falte a su cita dos (2) veces.**



4. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL (atención las 24 horas, los 365 días del año)

A solicitud del Asegurado, el prestador del servicio gestionará la orientación telefónica, sobre los siguientes aspectos:

- Cálculo de peso ideal e índice de masa corporal
- Recomendación de dietas
- Diseño de rutinas de ejercicio
- Orientación en caso de desórdenes alimenticios
- Referencias con especialistas
- Referencias de qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

Este beneficio se proporcionará, sin límite en el número de llamadas, pero hasta un máximo de quince (15) minutos, pues pasado dicho tiempo, se le recomendará al Asegurado consultar a un especialista personalmente.

No se proporciona diagnóstico.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Recetas de medicamentos.**
- 2. Medicamentos y/o suplementos alimenticios.**

4.1 REFERENCIAS NUTRICIONALES

A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente para tratamientos de mediano y largo plazo, para el análisis y diagnóstico de la situación ajena a una buena nutrición del propio Asegurado o por desórdenes alimenticios. Sin límite de solicitudes.

Este servicio incluye concertación de cita con un Nutriólogo, así como información de sus honorarios para la primera consulta, pues las subsiguientes serán determinadas entre el Asegurado y el Nutriólogo.

Para esta atención no aplica reembolso.

5. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA (atención las 24 horas, los 365 días del año)

A solicitud del Asegurado, el prestador del servicio gestionará la orientación telefónica sobre cómo afrontar problemas o trastornos generados por:

- Enfermedades terminales del Asegurado o de alguno de sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.
- Pérdida por el fallecimiento de alguno de los padres, cónyuge, hijos o hermanos del Asegurado.
- Síntomas sobre desórdenes alimenticios.



- Necesidad de apoyo familiar, de pareja o individual.
- Referencias sobre qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

Esta atención se proporcionará sin límite en el número de llamadas siempre y cuando las causas de la sesión sean distintas y/o transcurra un tiempo razonable para ser tratado nuevamente por la misma causa (al menos seis (6) meses), pero hasta un máximo de veinte (20) minutos cada una, pues pasado dicho tiempo, se le recomendará al Asegurado consultar a un Psicólogo personalmente.

No se emitirá diagnóstico alguno vía telefónica, sino sólo se orientará y recomendará ante situaciones médicas, sin emitir un tratamiento médico ni recetas.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Gastos originados con motivo de las sesiones o de la orientación telefónica.**
- 2. Asesoría cuando el usuario se encuentre en estado agresivo o en estado inconveniente para sostener una conversación.**
- 3. Sesiones de seguimiento.**

5.1 REFERENCIAS PSICOLÓGICAS

A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente, para tratamientos de mediano y largo plazo, relacionados con cualquiera de los aspectos mencionados en el inciso anterior. Sin límite de solicitudes.

La referencia mencionada, incluye la concertación de cita con un Psicólogo e información de sus honorarios para la primera consulta, pues las subsiguientes serán determinadas entre el Asegurado y el Psicólogo.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

3.3. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES NACIONALES

Las siguientes atenciones serán proporcionadas en los Estados Unidos Mexicanos, para residentes de territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas del día, trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 800 277 1234. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente.

1. TOMAS DE MUESTRA DE LABORATORIO CLÍNICO A DOMICILIO

En caso de requerir alguno de los siguientes estudios básicos de laboratorio clínico: Examen General de Orina, Química Sanguínea y/o Biometría Hemática, por Accidente o Enfermedad, durante



un viaje en territorio nacional, podrá realizarse la toma de muestras en el domicilio donde se encuentre hospedado el Asegurado.

El costo de los estudios está a cargo del Asegurado y deberán ser realizados con los prestadores de servicios de laboratorios clínicos en convenio a nivel nacional.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Si el evento no es notificado y autorizado por Plan Seguro.**
- 2. La toma de muestra de laboratorio clínico por Emergencias Médicas.**
- 3. La toma de muestra de laboratorio clínico a clínicas, hospitales, o cualquier centro que brinde estos servicios.**

2. BOLETO REDONDO PARA UN FAMILIAR

En caso de hospitalización por Accidente del Asegurado, y que el médico tratante prevea que su estancia hospitalaria sea superior a cinco (5) días naturales, se gestionará un boleto viaje redondo en clase económica a un familiar directo, ya sea de autobús hasta 500 km de distancia, o bien, en avión si la distancia es mayor a 500 km, desde la ciudad de residencia permanente del familiar directo hasta el lugar de hospitalización del Asegurado, a fin de acudir a su cuidado.

Para esta atención no aplica reembolso

3. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Después de haber sido dado de alta del hospital y en caso de que el médico tratante prescriba reposo absoluto, podrá ser alquilada una habitación estándar en un hotel para que el Asegurado continúe su periodo de recuperación, limitado a \$1,000.00 más IVA por día, con un máximo de cinco (5) días naturales consecutivos.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Gastos erogados por familiares.**

4. REFERENCIA DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Referencia a red de laboratorios clínicos a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

5. REFERENCIA A GABINETES MÉDICOS DE IMAGEN

Referencia a red de gabinetes médicos de imagen a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.



Para esta atención no aplica reembolso.

6. REFERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA GENERAL A DOMICILIO

Referencia a red de servicios de enfermería general a domicilio a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

7. REFERENCIA DENTAL POR URGENCIA

Referencia a red de dentistas 24 hrs. a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

8. REFERENCIA ÓPTICAS POR EXTRAVÍO DE ANTEOJOS

Referencia a red de ópticas a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo

3.4. ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

Las siguientes atenciones serán proporcionadas durante las veinticuatro (24) horas los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 800 277 1234. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente.

1. GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente y/o Enfermedad, de forma repentina durante un viaje y durante el periodo de vigencia de la Póliza, el prestador del servicio gestionará los trámites necesarios para la atención médica que requiera el Asegurado hasta el límite máximo de cinco (5) mil dólares por año.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas o rutinarias conocidas como “check up”.**
- 2. Gastos médicos y de hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Asegurado.**
- 3. Padecimientos preexistentes.**



2. GASTOS DENTALES POR URGENCIA

En el caso de que un Asegurado sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de Urgencia, el prestador del servicio gestionará los trámites necesarios para la atención odontológica que requiera de urgencia el Asegurado, hasta un máximo de quinientos (500) dólares por año.

Para esta atención no aplica reembolso.

3. TRASLADO MÉDICO

En caso de que un Asegurado sufra un Accidente y/o Enfermedad y que con motivo de la recomendación del equipo médico del prestador del servicio y el médico tratante del Asegurado se requiera su hospitalización, el prestador gestionará:

- Supervisión médica
- El traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o apropiado para el tratamiento del Accidente y/o Enfermedad del Asegurado (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar). También se incluyen los traslados de un hospital a otro cuando el Asegurado aún no ha sido dado de alta y el hospital de destino haya dado su aprobación para que sea atendido en sus instalaciones.

Si las condiciones médicas permiten el traslado del Asegurado, el equipo médico del prestador del servicio lo organizará, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al hospital o a su lugar de residencia permanente.

En caso de que el Asegurado necesitara el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al hospital en que se realizará este trasplante.

Este beneficio incluye la transportación de un acompañante, si las condiciones del vuelo lo permiten.

El equipo médico del prestador del servicio y el médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para estos traslados.

Se incluye con un máximo de dos (2) solicitudes por año y por Póliza.

Para esta atención no aplica reembolso.

4. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

El prestador del servicio se hará cargo de los gastos para la prolongación de la estancia en un hotel elegido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, siempre que esta prolongación haya sido prescrita por el médico tratante y el equipo médico del prestador del servicio.

Este servicio está limitado a cien (100) dólares por día, y con un máximo de cinco (5) días naturales consecutivos por año.



Además, el prestador del servicio gestionará y cubrirá el hospedaje de la persona designada para cuidados del Asegurado, hasta un máximo de cien (100) dólares por día, durante un máximo de cinco (5) días naturales consecutivos por año.

Para esta atención no aplica reembolso.

5. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El prestador del servicio llevará a cabo la obtención de una Segunda Opinión Médica en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, que aporte mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados e internacionalmente aplicables a dicha patología, facilitando consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con centros médicos de primer nivel internacional.

En todos los casos la Segunda Opinión Médica brindada por los profesionales designados, será conforme a la documentación remitida por el Asegurado.

Los Servicios de Atención no contemplan los gastos por las citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

Cuando a criterio del equipo médico del prestador del servicio, el diagnóstico inicial informado no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica, el prestador del servicio informará a través de Plan Seguro el motivo del rechazo.

Para esta atención no aplica reembolso.

5.1 CONFIRMACIÓN, CORRECCIÓN Y/O RE-CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

A solicitud del Asegurado, de su familia y/o Representante Legal, el prestador del servicio le orientará y asesorará para la obtención de:

- a. Compilación de la historia clínica y los exámenes complementarios recibidos.
- b. Selección de un consultor médico nacional o internacional especialista, según sea el caso, en la patología del Asegurado.
- c. Formulación de un pedido de Segunda Opinión Médica en idioma español o inglés, según corresponda.
- d. Seguimiento a la consulta e información al Asegurado ante cualquier requerimiento.
- e. Recepción de la respuesta, formulación de nuevas preguntas o reiteración de preguntas no contestadas satisfactoriamente, en caso de ser necesario y traducción al español (cuando corresponda).
- f. Entrega al Asegurado de las respuestas y bibliografía debidamente traducidas, adicionando referencias bibliográficas complementarias.

Para esta atención no aplica reembolso.



5.2 FACILITACIÓN DE CONSULTAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL EXTERIOR A TRAVÉS DE INTERCONEXIÓN CON CENTROS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL INTERNACIONAL

- a. Envío de muestras de tejidos para estudios anatomopatológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.
- b. Concertación de citas personales en cualquier centro médico internacional ante cualquier requerimiento del Asegurado o de su médico de cabecera.
- c. Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
- d. Pre-admisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.
- e. Envío de información sobre nuevas pautas terapéuticas de determinadas enfermedades.
- f. Alternativas terapéuticas de determinadas patologías complejas.
- g. Búsqueda y envío de medicamentos no comercializados en México siempre y cuando cuenten con el registro correspondiente ante COFEPRIS.

En los beneficios anteriores, se deberá contemplar disponibilidad de fechas, según cupo y demanda de dichos servicios y/o productos, éstos serán con cargo al Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

6. BOLETO PARA UN FAMILIAR

En caso de hospitalización del Asegurado por causa de Accidente y/o Enfermedad cubierta y de que la hospitalización se prevea de una duración superior a diez (10) días naturales, el prestador del servicio gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado, un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del asegurado) a fin de acudir a su lado para sus cuidados.

Para esta atención no aplica reembolso.

7. REPATRIACIÓN A DOMICILIO PERMANENTE DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Si el Asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del equipo médico del prestador del servicio, no puede regresar a su lugar de residencia permanente utilizando los medios inicialmente previstos para su regreso, el prestador del servicio gestionará su repatriación por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios, así como el costo del boleto de regreso, si el que tuviera no fuese válido.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

- 1. Las atenciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas en contra de la prescripción de algún médico.**



2. Las atenciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes de duración superior a noventa (90) días naturales.
3. Los servicios de atención, ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza.
4. Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico excepto los indicados en la sección Gastos Médicos y de Hospitalización.
5. Los servicios de atención que el Asegurado haya gestionado, contratado y/o pagado por su cuenta.
6. Los servicios de atención que sean consecuencia de:
 - a. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya o no declarado la guerra), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - b. Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.
 - c. La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en el caso de defensa.
 - d. La práctica de deportes como profesional así como la participación en competiciones oficiales y/o en exhibiciones.
 - e. La participación del Asegurado en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.
 - f. Los causados por mala fe del Asegurado.
 - g. Las irradiaciones de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier otro tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - h. Los servicios de atención, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
 - i. Los servicios de atención con motivo de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la enfermedad, así como cualquier enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Asegurado y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida durante la vigencia de este contrato.
 - j. Embarazos en los últimos tres (3) meses antes de la fecha probable de parto, así como el embarazo y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
 - k. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
 - l. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomía radial u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
 - m. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
 - n. Los servicios de atención requeridos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
 - ñ. Los servicios de atención con motivo de enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - o. Los servicios de atención con motivo de lesiones originadas, por actos



realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.

- p. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia.
- q. Rescate o aquellas atenciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él, o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de atención, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y/o peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.

3.5. ATENCIÓN VISUAL

Se otorga examen de la vista gratuito realizado por profesionales y técnicos especializados en visión pertenecientes a la red de proveedores, incluyendo ópticas Devlyn. El Asegurado podrá solicitar la atención llamando al siguiente número telefónico: 800 277 1234. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente.

Los armazones de los paquetes estarán determinados por el prestador de servicios incluyendo las ópticas Devlyn.

Los paquetes que se mencionan a continuación y que los asegurados pueden adquirir amparan las siguientes graduaciones:

Serie 1: (+/-) 3.00 dioptrías de esfera con (+/-) 2.00 de cilindro

Serie 2: > (+/-) 3.00 dioptrías de esfera con > (+/-) a -2.00 de cilindro

PAQUETE BÁSICO 1:

Visión sencilla, policarbonato, mica blanca (serie 1 y 2) con armazones de marcas seleccionadas y estuche. El precio que el asegurado deberá pagar en la óptica es de \$600.00 MXN más IVA

PAQUETE BÁSICO 1+:

Visión sencilla, policarbonato, mica blanca (serie 1 y 2) con armazones de marcas seleccionadas y estuche. Incluye tratamiento Blue Light.

El precio que el asegurado deberá pagar en la óptica es de \$900.00 MXN más IVA

PAQUETE BÁSICO 2:

Visión progresiva All Vision, policarbonato, mica blanca (serie 1 y 2) con armazones de marcas seleccionadas y estuche.

El precio que el asegurado deberá pagar en la óptica es de \$1,100.00 MXN más IVA

PAQUETE BÁSICO 2+:

Visión sencilla, policarbonato, mica blanca (serie 1 y 2) con armazones de marcas seleccionadas y estuche. Incluye tratamiento Blue Light y tratamiento anti reflejante.

El precio que el asegurado deberá pagar en la óptica es de \$1,300.00 MXN más IVA

LENTES DE CONTACTO:



Una caja de lentes Frequent All Day Plus, de una sola graduación para ambos ojos.
El precio que el asegurado deberá pagar en la óptica es de \$819.00 MXN más IVA

LENTES DE CONTACTO ASTIGMATISMO:

2 cajas de lentes Air Optix Astigmatismo, de una sola graduación para ambos ojos.
El precio que el asegurado deberá pagar en la óptica es de \$1,300.00 MXN más IVA

Los precios de los paquetes están sujetos a cambios sin previo aviso y no son acumulables con promociones vigentes de la óptica.

Aplican las restricciones que la óptica tenga en convenio con proveedores de líneas concesionadas.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Servicios proporcionados fuera del territorio nacional.**
- 2. Cualquier producto o servicio que no se encuentre especificado en los paquetes.**
- 3. Lentes de contacto cosméticos o de color.**
- 4. Soluciones, líquidos y estuches especiales.**
- 5. Medicamentos aun y cuando exista prescripción del Médico Tratante.**
- 6. Tratamientos adicionales a los especificados en cada paquete.**

3.6. BIOMETRÍA FACIAL

Para efecto de este Beneficio, se dará acceso sin límite durante la vigencia de la póliza y por asegurado, a los servicios de biometría o escaneo facial que consiste en una herramienta que permite, en solo 30 segundos, brindar una puntuación general de salud basándose en los siguientes indicadores:

- Frecuencia Cardíaca (lpm)
- Respiración (RPM)
- Presión sanguínea sistólica y diastólica (mmHg)
- Variabilidad de la frecuencia cardíaca (ms)
- Ritmo cardíaco (db)
- Índice de estrés
- Índice de masa corporal (kg/m²)
- Relación cintura-altura
- Índice de forma corporal
- Edad de piel facial

Los servicios son proporcionados por un prestador independiente y si durante la vigencia de la póliza el Asegurado requiere el servicio, deberá llamar al número de contacto o en los medios que



para tales efectos disponga Plan Seguro en la página web www.planseguro.com.mx.

Esta es una herramienta de apoyo al diagnóstico médico por lo que la interpretación de resultados debe ser realizada únicamente por un médico.

El padecimiento que llegue a detectarse con apoyo de este medio queda sujeta a las Condiciones Generales del producto contratado.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- 1. Los servicios de atención ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.**

3.7. DENTAL BÁSICA

Este plan ofrece acceso a servicios dentales en el territorio nacional. Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico sin costo
2 Limpiezas con flúor opcional, sin costo
1 Serie radiográfica de 18 (Rx) sin costo

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

4. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

Si se contrata alguna de las siguientes coberturas adicionales 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 Endosos.

4.1. EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA

Se cubren, una vez transcurrido el Periodo de Espera de noventa (90) días a partir de la contratación de esta cobertura, los gastos erogados por el Asegurado por Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Gabinete solicitados por el médico tratante mediante receta médica u orden de laboratorio con el objetivo de prevenir, detectar o diagnosticar alguna enfermedad, hasta el límite que se señale en la Carátula de Póliza.

La Suma Asegurada para esta cobertura será reinstalable por vigencia y se pagará hasta la Suma Asegurada contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.



EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.
2. Estudios para control de peso y de carácter estético.
3. Estudios realizados a petición del asegurado sin orden médica.

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.

PREVALENCIA

La presente cobertura de Exámenes de Laboratorio, Gabinete e Imagenología es opcional con costo a cargo del asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.2. GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE UN ACCIDENTE Y/O EMERGENCIA MÉDICA

Se cubrirán únicamente vía reembolso los gastos médicos del asegurado generados a consecuencia de algún Accidente y/o Emergencia Médica hasta la Suma Asegurada siempre y cuando se supere el monto de la Franquicia contratada indicadas en la Carátula de Póliza. Se deberá anexar el Informe Médico que determine las causas del Accidente y/o Emergencia Médica.

La Suma Asegurada para esta cobertura no será reinstalable y el total de dicha suma aplicará para uno o varios siniestros, por vigencia.

En caso de fallecimiento del Asegurado, si existieron gastos médicos del asegurado generados a consecuencia de algún Accidente y/o Emergencia Médica hasta la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza se le pagará a los herederos designados en el testamento, a falta de estos se pagará conforme al dictamen del juicio sucesorio.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. Gastos médicos que resulten a consecuencia del estado de ebriedad, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, siempre y cuando el Asegurado sea responsable directo.
2. Hospitalización por Accidentes y/o Emergencia Médica para y/o a consecuencia de tratamientos o procedimientos experimentales.
3. Gastos médicos a consecuencia de padecimientos psiquiátricos, demencia senil o abandono familiar.
4. Gastos médicos que sufra el Asegurado cuando participe en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, independientemente que su uso o práctica sea ocasional o vacacional.
5. Gastos médicos causados por conducir a exceso de velocidad.
6. Gastos médicos a consecuencia directa por problemas de apnea obstructiva del sueño.
7. Gastos médicos por el uso de motocicleta como herramienta de trabajo o para el desarrollo de su trabajo.



8. **Gastos médicos 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.**
9. **Gastos médicos a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
10. **Gastos médicos a consecuencia de la práctica profesional, 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.**
11. **Gastos de prótesis dental por Accidente.**
12. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.**
13. **Medicamentos aun y cuando exista prescripción del Médico Tratante.**

PREVALENCIA

La presente cobertura de Gastos Médicos Derivados de un Accidente y/o Emergencia Médica es opcional con costo a cargo del asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.3. GASTOS MÉDICOS POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Se cubren los gastos médicos del Asegurado generados a consecuencia de alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos y una vez transcurrido el Periodo de Espera de noventa días (90) días a partir de la contratación de esta cobertura.

La Suma Asegurada para esta cobertura será reinstalable por vigencia y se le pagará por procedimiento hasta la Suma Asegurada contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

Será considerado como un mismo siniestro, los tratamientos o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior.

En caso de fallecimiento del Asegurado, los gastos médicos del Asegurado generados a consecuencia de alguno de los procedimientos quirúrgicos enlistados hasta la Suma Asegurada se le pagarán a los herederos designados en el testamento, a falta de estos se pagará conforme al dictamen del juicio sucesorio.

Procedimientos cubiertos:

- Apendicectomía
- Procedimientos por divertículos de colon, úlcera duodenal y úlcera gástrica
- Facoemulsificación
- Hemorroidectomía
- Plastia inguinal y umbilical
- Prostatactomía y resección transuretral de próstata
- Nefrectomía



En caso de los procedimientos quirúrgicos enlistados que sean consecuencia de un Accidente y/o Emergencia Médica, no aplicará Periodo de Espera alguno.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- 1. Cualquier otro tipo de procedimiento quirúrgico que no sean los que explícitamente se describen en los beneficios de esta Cobertura como cubiertos.**
- 2. Procedimientos quirúrgicos de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el procedimiento quirúrgico haya sido realizado dentro del Periodo de Espera.**
- 3. Procedimientos Quirúrgicos de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando sean a causa de tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.**
- 4. Medicamentos aun y cuando exista prescripción del Médico Tratante.**

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.

PREVALENCIA

La presente cobertura de Gastos Médicos por Procedimientos Quirúrgicos es opcional con costo a cargo del asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.4. GASTOS MÉDICOS POR PARTO, CESÁREA O ABORTO

Se cubren los gastos médicos generados a consecuencia del parto, cesárea, aborto y/o legrados uterinos de la Asegurada, siempre y cuando estos últimos sean indicados por el médico tratante y esté en riesgo la vida o integridad de la Asegurada, hasta la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza.

Lo anterior, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en este producto al momento del siniestro.

La edad de aceptación es de los veinte (20) años cumplidos a los treinta y siete (37) años, y únicamente se podrá renovar hasta los treinta y ocho (38) años cumplidos si la Asegurada estuviera embarazada para la renovación, **en ningún otro caso se podrá renovar después de los treinta y siete (37) años.**

En caso de fallecimiento de la Asegurada, los gastos médicos de la Asegurada generados a consecuencia del parto, cesárea aborto y/o legrados uterinos hasta la Suma Asegurada se le pagarán a los herederos designados en el testamento, a falta de estos se pagará conforme al dictamen del juicio sucesorio.

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- 1. Gastos médicos de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando hayan sido erogados dentro del Periodo de Espera.**



2. **Complicaciones del embarazo, parto, cesárea, aborto o puerperio de la Asegurada.**
3. **Servicios de ambulancia terrestre o aérea.**
4. **Cualquier tipo de gasto derivado del y para el recién nacido.**
5. **Medicamentos aun y cuando exista prescripción del Médico Tratante.**
6. **Procedimientos de fertilización in vitro y transferencia de embrión u óvulo; tratamientos por esterilidad relacionados con un padre sustituto; procedimientos de reversión de una esterilización voluntaria.**
7. **Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, consecuencias, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos de embarazo múltiple o abortos voluntarios, provocados o inducidos ni sus consecuencias y/o complicaciones.**

PREVALENCIA

La presente cobertura de Gastos Médicos por Parto, Cesárea y/o Aborto es opcional con costo a cargo del asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.5. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez de Cáncer en alguno de los siguientes órganos y una vez transcurrido el Periodo de Espera de ciento ochenta (180) días a partir de la contratación de esta cobertura, se le pagará por única ocasión la Suma Asegurada contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

Tipos de Cáncer cubiertos

- Cáncer en uno o ambos pulmones
- Cáncer en la próstata
- Cáncer en el colon y/o recto
- Cáncer en el endometrio
- Leucemia

Edad de contratación a partir de los veinte (20) años y hasta los cincuenta y cinco (55) años.

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de Póliza de esta Cobertura es independiente a cualquier otra contratada y **no será reinstalable**.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada se le pagará a los herederos designados en el testamento, a falta de estos se pagará conforme al dictamen del juicio sucesorio.

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. **Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos.**



2. Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación Tumor, Node, Metastasis (TNM) Última Edición de la AJCC¹.
3. Padecimientos Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas.
4. Cualquier otro tipo de cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los beneficios de esta Cobertura como cubiertos.
5. Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado dentro del Periodo de Espera o con anterioridad a la contratación de la Póliza.
6. Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado después del fallecimiento del Asegurado.
7. Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado por médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge, concubino y/o hermanos.

NOTAS:

1. Sistema que se usa para describir tanto la cantidad de cáncer como su diseminación en el cuerpo de un paciente mediante las letras TNM. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer hacia el tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer hacia otras partes del cuerpo). El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC) crearon este sistema y se encargan de actualizarlo. El sistema de estadificación TNM se usa para describir la mayoría de los tipos de cáncer. También se llama sistema de estadificación del AJCC.

PREVALENCIA

La presente cobertura de Indemnización por Cáncer es opcional con costo a cargo del asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.6. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER DE MAMA

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez de Cáncer de mama y una vez transcurrido el Periodo de Espera de ciento ochenta (180) días a partir de la contratación de esta cobertura, se le pagará por única ocasión la Suma Asegurada contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

Edad de contratación a partir de los veinte (20) años y hasta los cincuenta y cinco (55) años.

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de Póliza de esta Cobertura es independiente a cualquier otra contratada y **no será reinstalable**.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada se le pagará a los herederos designados en el testamento, a falta de estos se pagará conforme al dictamen del juicio sucesorio.

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.



EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos.
2. Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Última Edición de la AJCC¹.
3. Padecimientos Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas.
4. Cualquier otro tipo de cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los beneficios de esta Cobertura como cubiertos.
5. Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado dentro del Periodo de Espera o con anterioridad a la contratación de la Póliza.
6. Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado después del fallecimiento del Asegurado.
7. Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado por médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge, concubino y/o hermanos.

NOTAS:

1. Sistema que se usa para describir tanto la cantidad de cáncer como su diseminación en el cuerpo de un paciente mediante las letras TNM. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer hacia el tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer hacia otras partes del cuerpo). El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC) crearon este sistema y se encargan de actualizarlo. El sistema de estadificación TNM se usa para describir la mayoría de los tipos de cáncer. También se llama sistema de estadificación del AJCC.

PREVALENCIA

La presente cobertura de Indemnización por Cáncer de Mama es opcional con costo a cargo del asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5. ATENCIONES OPCIONALES CON COSTO

Si se contrata alguna de las siguientes atenciones adicionales 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 Endosos.

5.1. DENTAL MÁS

Plan que ofrece acceso a servicios en territorio nacional y que incluye:



TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico sin costo
2 Limpiezas con flúor opcional, sin costo
1 Serie radiográfica de 18 (Rx) sin costo
TRATAMIENTO RESTAURATIVO BÁSICO
2 Resinas sin costo

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

5.2. DENTAL TOTAL

Plan que ofrece acceso a servicios en territorio nacional y que incluye:

TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico sin costo
2 Limpiezas con flúor opcional, sin costo
1 Serie radiográfica de 18 (Rx) sin costo
TRATAMIENTO RESTAURATIVO BÁSICO
2 Resinas sin costo
2 Selladores sin costo
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES
1 Extracción sencilla sin costo

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

6. EXCLUSIONES GENERALES

1. Padecimientos preexistentes.
2. La hospitalización, tratamiento médico y/o quirúrgico, por lesiones o enfermedades producidas en servicio militar y policiaco de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por la participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos, riñas siempre que el Asegurado sea el provocador.
3. Exámenes de la vista, compra de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.
4. 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.
5. Tratamientos de acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina alternativa o complementaria, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica.



6. Medicamentos aun y cuando exista prescripción del Médico Tratante.
7. Lesiones y sus consecuencias, originadas por actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado.
8. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan por alteraciones mentales, psicológicas o trastornos psiquiátricos.
9. 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.
10. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
11. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso como: montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha grecoromana, 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.
12. 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 y/o causas clínicas.
13. Cualquier padecimiento que resulte a consecuencia del estado de ebriedad, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo.
14. 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) secuelas derivadas de procedimientos de carácter estético o plástico también relacionados con calvicie, implantes de cualquier tipo, gorro DigniCap, bomba para disfunción eréctil, menopausia, climaterio, tabaquismo u osteoporosis (Densitometría).
15. Durante la hospitalización, queda excluido el servicio de enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado.
16. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza.
17. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloides.
18. Gastos ocasionados para el diagnóstico, tratamientos médico quirúrgicos, complicaciones o secuelas derivadas de procedimientos para el manejo de la obesidad, calvicie, reducción de peso, cirugía bariátrica, bypass gástrico, banda

- gástrica, anorexia, bulimia, tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
19. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones, padecimientos congénitos.
 20. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.
 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 y plantillas ortopédicas, cama tipo hospital o aparatos similares.
 22. Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales.
 23. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o tratamientos que no sean aceptados por ser experimentales o beneficios inciertos para el paciente, o 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), así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con Focus Exablate.
 24. Cualquier cirugía asistida por robot o cirugía robótica que no cumpla con los protocolos médicos vigentes establecidos conforme a la Normatividad aplicable.
 25. 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.
 26. Los honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo del Asegurado o el mismo Asegurado.
 27. Las consultas con Nutriólogos, cualquiera que fuera su causa.
 28. Cualquier tipo de cirugía profiláctica no enunciado en estas Condiciones Generales, así como sus complicaciones.
 29. Los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Accidente y/o Enfermedad cubierta cualquiera que sea su causa.
 30. Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con un Accidente y/o Enfermedad.
 31. Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía, ginecomastía y cualquiera de las complicaciones de ésta.
 32. Epidemias y/o pandemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
 33. Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
 34. Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
 35. Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.

36. Responsabilidad civil, penal, administrativa o de cualquier índole de carácter legal que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los prestadores.
37. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier Periodo al Descubierto.
38. Cualquier padecimiento cuyos signos y/o síntomas se hayan manifestado, en cualquier Periodo de Espera, así como cualquier gasto erogado en cualquier Periodo de Espera.
39. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de Accidente y/o Enfermedad cubierta.
40. Gastos personales tales como: cepillo dental, crema, cosméticos, desodorantes, shampoo, lociones, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, 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, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, flores, fotografías, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/ hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sábana desechable, esponjas para baño; así como cualquier gasto erogado por el acompañante.
41. 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.
42. Cualquier tratamiento y/o procedimiento relacionado con el cambio o modificación de sexo, así como todos los padecimientos, las secuelas o complicaciones que pudieran derivar del mismo.
43. Cáncer de cualquier tipo cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o primer gasto ocurran durante el Periodo de Espera estipulado.
44. Honorarios Médicos o pago a proveedores cuando el Médico tratante o el proveedor sea el Contratante, el Asegurado o sea familiar de alguno de éstos.

7. CLÁUSULAS

7.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza será renovada automáticamente, **excepto que Plan Seguro o el Contratante den aviso por escrito dentro de los últimos treinta días naturales de vigencia del período en curso, su voluntad de no renovarlo.**

PÉRDIDA DEL DERECHO DE LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Si Plan Seguro comprueba que hubo dolo, mala fe o cuando se presenten los siguientes casos:



- a. Disimular, omitir o declarar falsa o inexactamente, las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación de un Siniestro.
- b. Falsificar y/o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente alguna reclamación; o.
- c. Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos como privados para fundar la existencia y/o actualización del riesgo amparado, así como la de cualquier reclamación de pago y/o reembolso o pretender con dichos documentos fundamentar y/o justificar cualquier circunstancia relativa al Siniestro.

El Contratante y/o Asegurado perderá el derecho a la renovación automática de su Póliza.

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.

En cada renovación la Prima se determinará aplicando el plan 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 periodo en curso, por lo que la obligación de pago de dicha Prima deberá ser cubierta dentro de los treinta (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.

ALTA DE ASEGURADOS

El Contratante deberá presentar una nueva solicitud de Seguro, para la inclusión de otros Asegurados.

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.

Una vez que Plan Seguro acepte el riesgo, el Contratante deberá pagar la Prima correspondiente en el plazo estipulado. Plan Seguro se reservará el derecho de aceptación de las nuevas solicitudes.

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA

Los hijos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza podrán ser dados de alta desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando el recién nacido se encuentre vivo al momento



de darlo de alta, Plan Seguro acepte el aseguramiento mediante la emisión del endoso y/o Póliza correspondiente y se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Se dé aviso por escrito dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento.
- b. Se anexe constancia de salud y el certificado o acta de nacimiento expedida en territorio nacional.
- c. Se haya obligado a pagar la Prima dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

Para los niños de hasta tres (3) años deberá anexarse a la Solicitud de Seguro, el informe del Médico Pediatra donde especifique su estado de salud. La inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de Plan Seguro.

FORMA DE PAGO

El Contratante deberá pagar la Prima misma que podrá liquidar de forma anual o fraccionada. En esta última aplicará la tasa de financiamiento que se pacte por pago fraccionado, la cual se dará a conocer por escrito al Contratante y podrá modificarse anualmente.

En caso de que la Prima sea pagada de forma fraccionada, las exhibiciones serán por períodos de tiempo de igual duración, sin que estos 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 que tenía en la Póliza.

Las Primas convenidas deberán pagarse únicamente a Plan Seguro y mediante cargo automático a tarjeta de crédito, por lo que será responsabilidad del Contratante y/o 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.

En este caso el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto Plan Seguro entregue el comprobante de pago correspondiente.

Las Primas de Seguro deberán ser pagadas en favor de Plan Seguro, por lo que las Primas depositadas a diversa(s) persona(s) o por diversa (s) persona (s) no constituirá reconocimiento alguno de pago.

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.

EDAD

Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos, hasta los ochenta y cinco (85) años de edad en los casos de Pólizas nuevas y sin límite de edad para las renovaciones, siempre y cuando, cumplan con la regla y los requisitos de aseguramiento. Plan Seguro se reserva 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, quedara 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 la Prima 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura de cada uno de los padecimientos cubiertos terminará automáticamente con cualquiera de los siguientes eventos:

- Cuando el siniestro haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó.
- Terminación de la vigencia de la Póliza.
- Terminación anticipada de la Póliza por fallecimiento del Asegurado.

PERIODO DE BENEFICIO

Mientras el Asegurado renueve con Plan Seguro su Póliza para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento, la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud se continuarán pagando hasta certificarse la curación del mismo mediante la Alta médica o al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes, lo que ocurra primero.

Si termina la vigencia de esta Póliza y no se renueva, Plan Seguro cubrirá la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud iniciados en la vigencia hasta certificarse la curación a través del alta medica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de termino de vigencia, lo que ocurra primero.

PERIODO DE GRACIA

El Contratante dispondrá de treinta (30) días naturales para el pago de la Prima anual o de su primera fracción en los casos de pagos en parcialidades; para las Primas posteriores dispondrá de treinta (30) días naturales para el pago; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo. (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **En**



este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia.

PERIODO AL DESCUBIERTO

Lapso durante el cual los beneficios de la póliza no tendrán efecto. Inicia al vencimiento del recibo de cobro no pagado, termina en la fecha de Rehabilitación de la Póliza, **quedando excluidos los siniestros así como sus complicaciones y secuelas, cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este período al igual que los gastos erogados a consecuencia de estos.**

CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

Este producto no acepta cambio de plan o producto.

Quando el Contratante solicite cambios en las coberturas y/o atenciones, **Plan Seguro se reserva el derecho de autorización, así como de aplicar el procedimiento de selección que considere necesario. Los cambios solo podrán solicitarse a la renovación del producto, es decir, no hay cambios intervigencia.**

7.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS

COBERTURA DEL CONTRATO

a) ACCIDENTE

Siempre que se tenga la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos derivados de un Accidente y/o Emergencia Médica, quedará amparado desde el primer día de vigencia de la Póliza.

No se considera Accidente:

- 1. Las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
- 2. Las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los noventa 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 considerarán como un solo Siniestro.

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente cubierto deberá rebasar el monto contratado y estipulado en la Carátula de la Póliza para que éste sea considerado como un posible gasto procedente, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indica en estas Condiciones Generales Se debe anexar adicionalmente a su reclamación el número de reporte que le fue proporcionado por Plan Seguro y la carpeta de investigación del Ministerio Público, esta última cuando Plan Seguro así lo requiera.

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE

El Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento mediante aviso por escrito a Plan Seguro, únicamente bajo los siguientes supuestos:



- a. Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza, independientemente de la causa.

En caso de que la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 100 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada. Sin embargo, **si la Póliza fue afectada por un Siniestro durante este periodo, Plan Seguro no procederá con la devolución de Prima ya que se considera devengada en su totalidad.**

- b. En caso de fallecimiento del Asegurado.

Si dicho fallecimiento ocurre después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza y la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 60 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada, sin incluir los derechos de póliza. **En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante este periodo, Plan Seguro no procederá con la devolución de Prima ya que se considera devengada en su totalidad.**

Para el caso de devolución de Prima Neta Cobrada No Devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente, el Asegurado deberá manifestar por escrito, 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 pago por haber terminado la cobertura del Contrato.

En tal situación, el Periodo de Beneficio no resultará aplicable.

RESIDENCIA

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

TERRITORIALIDAD

Las coberturas contenidas en las presentes Condiciones Generales, aplicarán únicamente dentro del territorio mexicano.

VIGENCIA DEL CONTRATO

Salvo pacto contrario, la vigencia de este Contrato será de un (1) año, entrando en vigor a partir de la fecha y hora que se estipula en la Carátula de la Póliza y solo podrá cancelarse bajo los supuestos indicados en este contrato.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Cualquier persona que desee contar con la Cobertura de este Contrato, deberá entregar debidamente requisitada la Solicitud de Seguro que para estos fines le sea proporcionada. Plan Seguro evaluará dicha solicitud y determinará bajo qué condiciones se aceptará o rechazará su solicitud, de acuerdo a los resultados obtenidos.

Dicha solicitud no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Plan Seguro, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

7.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

OBJETO DEL SEGURO

Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros, en lo sucesivo Plan Seguro, efectuará el Pago Directo o Reembolso del gasto médico relacionado con los servicios de salud dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud del asegurado, dichos servicios se encuentran amparados por las presentes Condiciones Generales, dentro de la República Mexicana siempre que:

- a. La Póliza se encuentre vigente en términos de lo establecido en estas Condiciones Generales.
- b. Los gastos médicos generados ocurran durante la vigencia de la Póliza y cumplan con las condiciones descritas en las presentes Condiciones Generales.
- c. Los servicios cubiertos sean 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.
- d. Se entregue toda la documentación e información necesaria para que Plan Seguro pueda dictaminar correctamente el Siniestro.

CONTRATO

Forman parte de este Contrato las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a Plan Seguro en la Solicitud de Seguro, 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 llevan anexos y estas Condiciones Generales, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

Plan Seguro se reserva el derecho de expedir Endosos excluyendo determinados padecimientos, de acuerdo al proceso de selección que se lleva a cabo con motivo de la Solicitud del Seguro.

COMPETENCIA

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

- a. Ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Plan Seguro (UNE) y el Centro de Atención Telefónica de Plan Seguro en el teléfono 800 277 1234.
- 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 Usuarios de Plan Seguro (UNE)**

Teléfonos: 55 41 70 96 68 y 55 41 70 96 67

Dirección: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II Piso 4, Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México.

En el horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas y viernes de 9:00 a 13:30 horas.

Correo electrónico: servicioSeguro@planseguro.com.mx



- **CONDUSEF**

Teléfonos: 800 999 8080 y 55 5340 0999

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

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

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

Página web: www.condusef.gob.mx

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 Asegurados, 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/o los Asegurados están obligados a declarar por escrito a Plan Seguro de acuerdo con la Solicitud de Seguro, examen médico 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 (artículos 8, 9 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), Plan Seguro reintegrará al Contratante el 60 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada, **siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.**

Para tal efecto la devolución se hará en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de notificación de la rescisión de la Póliza.

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

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 Asegurados, 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.

AGRAVACIÓN ESENCIAL 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 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la empresa las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro (24) 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 Plan Seguro en lo sucesivo (**Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

1. 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.
2. 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**).

La Compañía no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones (**Artículo 55 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**).

La Compañía estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del Asegurado, se agraven circunstancias esenciales que, por su naturaleza, debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo y en este caso la Compañía deberá notificar la rescisión dentro de quince (15) días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias (**Artículo 63 y 64 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiarios 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 69 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 beneficiarios(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 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 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 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 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 beneficiarios(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 cobrada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

ANEXO DE PRECEPTOS NORMATIVOS

Los artículos citados en las presentes Condiciones Generales podrán ser consultados por los Asegurados o Contratante en la sección de Artículos citados en Condiciones Generales, el cual se encuentra en la siguiente página web: www.planseguro.com.mx



MONEDA

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 los medios de pago especificados en la Carátula y/o Recibos de la Póliza.

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 emitido 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 Aseguradoras un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada una de las Empresas Aseguradoras la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de las Empresas Aseguradoras, así como de las Sumas Aseguradas.

Los Contratos de Seguros de que tratan los párrafos anteriores, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés Asegurado, serán válidas y obligarán a cada una de las Empresas Aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la Suma Asegurada contratada que opera para cada Cobertura; o bien, de acuerdo a lo que cada Compañía establezca en los Contratos correspondientes.

La cobertura de la presente Póliza no será condicionada por contar con otros seguros.

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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 (**Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro**).

Artículo 25.- Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan 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 cuente 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 tres 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 Segu-



ros, **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.

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones relacionadas con este 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, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. Las comunicaciones que Plan Seguro haga al Contratante y/o Asegurado, se dirigirá al último domicilio que ésta conozca.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Las partes convienen que, Plan Seguro entregará al Asegurado y/o Contratante de la Póliza, por escrito, un ejemplar del Contrato de Seguro, **salvo en aquellos casos en los que, el Contratante y/o Asegurado previo consentimiento expreso haya elegido por así convenir a sus intereses que, la entrega de la documentación contractual sea en formato PDF.**

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 800 277 1234, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

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 sólo 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, tenga 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.

REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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, en un plazo que no excederá de diez días (10) hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

7.4. 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 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 darlo tan pronto como cese uno o el 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 dar vista a un Ministerio Público, El Asegurado se obliga a presentar dicha constancia a Plan Seguro, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, esto dentro de un plazo máximo de cinco 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 apartado Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, **salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno o el otro.**

RECLAMACIONES

En toda reclamación deberá comprobarse a Plan Seguro, por cuenta del Asegurado, 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 el Aviso de Accidente y/o Enfermedad, 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.

Asimismo, Plan Seguro de conformidad con el Artículo 69 y 70 de la Ley sobre el contrato de Seguro, tendrá derecho de solicitar cualquier información que considere necesaria para valorar el Siniestro.

En caso de Accidente Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar la carpeta de investigación del Ministerio Público para la valoración de la reclamación.

Plan Seguro podrá nombrar a alguna persona para verificar la enfermedad o lesiones así como los antecedentes relacionados con su origen y la procedencia de los gastos realizados y de los honorarios cobrados. Los Asegurados autorizan a todos los Hospitales y a todos los Médicos que los hubieren tratado para dar información a Plan Seguro o a una persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera Plan Seguro, a costa de la misma, para la comprobación del diagnóstico, en caso necesario o de duda. Si el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho a la Indemnización correspondiente.

En caso de que el Asegurado no remita en tiempo toda la información solicitada por Plan Seguro para la dictaminación del Siniestro, de conformidad con los artículos 66, 68, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Plan Seguro quedarán extinguidas.

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o el Asegurado 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 Asegurado 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 Asegurado 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 Asegurado 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.

PAGO DE RECLAMACIONES

- **Salvo pacto en contrario**, los Siniestros que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán pagados en el curso de los treinta (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.



- Todos los Siniestros cubiertos por Plan Seguro serán liquidados a cada Asegurado o Contratante mediante transferencia electrónica.

Los medios para ingresar la documentación, serán los que Plan Seguro tenga vigentes al momento del siniestro mismos que podrán ser consultados en la página web www.planseguro.com.mx.

Para aquellas reclamaciones que se realicen a consecuencia de un reembolso de gastos médicos por las siguientes coberturas opcionales con costo:

- Exámenes de Laboratorio, Gabinete e Imagenología,
- Gastos Médicos Derivados de un Accidente y/o Emergencia Médica,
- Gastos Médicos por Procedimientos Quirúrgicos,
- Gastos Médicos por Parto, Cesárea o Aborto

Los documentos a presentar en caso de siniestro son:

- **Identificación oficial vigente.**
- **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 el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Este documento se presentará por el Asegurado y/o Contratante de la póliza siempre que el contratante sea persona física, o bien por algún familiar ya sea Cónyuge, concubino (a) hijo (a), padres 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/o Contratante y en caso de ser menor de edad por el contratante si este último es persona física o bien el Tutor Legal del menor.
- **Informe Médico** en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento del Accidente y/o Enfermedad; 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 y/o Contratante de la póliza siempre que éste último sea persona física, o bien por algún familiar ya sea Cónyuge, concubino (a) hijo (a), padres del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. En caso de que el Asegurado afectado sea menor de edad, el informe deberá estar firmado por el contratante si este último es persona física o bien el Tutor Legal del menor. 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 Siniestro, deberán solicitarse a nombre del paciente (Asegurado afectado si es mayor de edad), o Contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- **Facturas de honorarios Médicos** (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT. Cada factura deberá expedirse por un solo concepto (honorarios Médico Quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.



- **Facturas de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros**, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como los requisitos fiscales vigentes.
- **Solicitud de Reembolso**, formato disponible en la página web www.planseguro.com.mx
- **Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria**, a nombre del Asegurado afectado, formato disponible en la página web www.planseguro.com.mx
- **Carátula del Estado de Cuenta bancario** – a nombre del Asegurado afectado, con una vigencia no mayor a tres meses a partir de su presentación.
- **Formato "Conoce a tu Cliente (492)"** - Persona física "Conoce a tu Cliente (492)" – Persona moral" -Casos en los que aplique- disponible en la página web www.planseguro.com.mx.
- **Resumen clínico** con nota de ingreso, enfatizando el procedimiento realizado firmada por Médico tratante.
- **Constancia hospitalaria** con fecha, hora y diagnóstico de ingreso y egreso.

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.

Para aquellas reclamaciones que se realicen a consecuencia de una Indemnización por las siguientes coberturas opcionales con costo:

- Indemnización por Cáncer
- Indemnización por Cáncer de Mama

Los documentos a presentar en caso de siniestro son:

- **Identificación oficial vigente.**
- **Aviso de Accidente o Enfermedad**, en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Este documento se presentará por el Asegurado y/o Contratante de la póliza siempre que el contratante sea persona física, o bien por algún familiar ya sea Cónyuge, concubino (a) hijo (a), padres 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/o Contratante.
- **Solicitud de Reembolso**, formato disponible en la página web www.planseguro.com.mx.
- **Informe Médico**, en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado, salvo aquellos casos en donde la atención médica haya sido recibida en Hospital Público. 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; 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 y/o Contratante de la póliza siempre que éste último sea persona física, o bien por algún familiar ya sea Cónyuge, concubino (a) hijo (a), padres del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. 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.
- **Resumen clínico** del paciente incluyendo: antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio histopatológico, tratamiento



quirúrgico si es que se practicó, así como tratamiento de seguimiento (Quimioterapia o Radioterapia); este documento deberá ser firmado por un Médico tratante.

- **Estudio Histopatológico** emitido por un Médico Patólogo con cedula profesional con clasificación de acuerdo a la TNM (tumor (T), node (N) y metastasis (M)) vigente en la fecha de ocurrencia del Siniestro.
- **Interpretación/Resultados de los Estudios de Laboratorio, Imagenología y/o Gabinete** que corroboren el Diagnóstico reclamado.
- **Formato "Conoce a tu Cliente (492)"** - Persona física "Conoce a tu Cliente (492)" disponible en la página web www.planseguro.com.mx.
- **Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria**, a nombre del Asegurado afectado, formato disponible en la página web www.planseguro.com.mx
- **Carátula del Estado de Cuenta bancario** – a nombre del Asegurado afectado, con una vigencia no mayor a tres meses a partir de su presentación.

Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan con anterioridad, que considere necesaria para la valoración de cada caso.

Toda la documentación deberá cumplir con los requisitos legales y reglamentos fiscales que correspondan para ser válidos.

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 coberturas diferentes que ocurrieron al mismo tiempo, se deberá entregar por separado la documentación antes mencionada para cada una.

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.

En caso de que el Asegurado ingrese documentación apócrifa, alterada o manipulada para efectos de realizar una reclamación 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, en cuyo caso se tendrá por rescindido el Contrato de Seguro de pleno derecho, en un plazo de treinta (30) días naturales a partir de que Plan Seguro haya tenido conocimiento de la solicitud de cobertura.

PAGOS IMPROCEDENTES

Cualquier pago realizado indebidamente obliga al Contratante, Asegurado y/o beneficiario a reintegrar el pago a Plan Seguro.



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 08 de mayo de 2024 con el número CNSF-H0701-0002-2024/CONDUSEF-006621-01.





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.

800 277 1234

www.planseguro.com.mx

