

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES



Serie S Colectivo
Experiencia Propia

PLAN
SEGURO 

CONDICIONES GENERALES
SERIE S
COLECTIVO EXPERIENCIA PROPIA

Índice

1. DEFINICIONES.....	4
1.1. ABDOMEN AGUDO.....	4
1.2. ACCIDENTE CUBIERTO.....	4
1.3. ANTIGÜEDAD.....	4
1.4. ASEGURADO.....	4
1.5. ASEGURADO TITULAR.....	4
1.6. ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO.....	4
1.7. AYUDANTE.....	5
1.8. COASEGURO.....	5
1.9. CONTRATANTE.....	5
1.10. CURAS DE REPOSO.....	5
1.11. DEDUCIBLE.....	5
1.12. DEPENDIENTES ECONÓMICOS.....	5
1.13. EMERGENCIA MÉDICA.....	5
1.14. ENDOSO.....	5
1.15. ENFERMEDAD.....	6
1.16. ENFERMEDAD CUBIERTA.....	6
1.17. ENFERMERA.....	6
1.19. EXTRAPRIMA.....	6
1.20. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO.....	6
1.21. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA.....	6
1.22. HOSPITALIZACIÓN.....	6
1.23. INTERÉS ASEGURABLE.....	7
1.24. INDEMNIZACIÓN.....	7
1.25. INFORME MÉDICO.....	7
1.26. INICIO DE COBERTURA.....	7
1.27. LESIÓN AGUDA.....	7
1.28. MÉDICO.....	7
1.29. MÉDICO ESPECIALISTA.....	7
1.31. ÓRTESIS.....	8
1.32. PADECIMIENTO.....	8
1.33. PADECIMIENTO CONGÉNITO.....	8
1.34. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.....	8
1.35. PAGO DIRECTO.....	8
1.36. PAGO POR REEMBOLSO.....	9
1.37. PERIODO DE ESPERA.....	9
1.38. CARÁTULA DE LA PÓLIZA.....	9
1.40. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.....	9
1.41. PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.....	9
1.42. RECLAMACIÓN.....	9
1.43. SIGNO.....	9
1.44. SINIESTRO.....	9
1.45. SÍNTOMA.....	9
1.46. SOLICITUD DE SEGURO.....	9
1.47. SUMA ASEGURADA.....	9
1.48. TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.....	10
1.49. TERRITORIALIDAD.....	10
1.50. TRASLADO.....	10

1.51.	UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)	10
1.52.	VIDA DE LA PÓLIZA	10
2.	COBERTURAS BÁSICAS	11
2.1.	OBJETO DEL SEGURO	11
2.2.	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS	11
2.2.1.	AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA	11
2.2.2.	AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL	11
2.2.3.	CONSULTAS MÉDICAS	11
2.2.4.	CONSUMO DE OXÍGENO	11
2.2.5.	GASTOS HOSPITALARIOS	11
2.2.6.	HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS	12
2.2.7.	HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO	12
2.2.8.	HONORARIOS DE AYUDANTE	12
2.2.9.	HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO	12
2.2.10.	LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA	12
2.2.11.	MEDICAMENTOS	12
2.2.12.	PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL	13
2.2.13.	REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	13
2.2.14.	TRANSFUSIONES Y APLICACIONES	13
2.2.15.	TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	13
2.2.16.	TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	13
2.2.17.	TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS	13
2.2.18.	GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	14
2.2.18.1.	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO	14
2.2.18.2.	PARTO O CESÁREA	14
2.2.18.3.	PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	14
2.2.18.4.	RECIÉN NACIDOS	15
2.2.18.5.	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA	15
2.2.18.6.	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA	15
3.	EXCLUSIONES GENERALES	16
4.	COBERTURAS ADICIONALES	20
4.1.	COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	20
5.	CLÁUSULAS GENERALES	21
	CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	21
	RENOVACIÓN	21
	PRIMAS	21
	ALTA DE ASEGURADOS	21
	BAJA DE ASEGURADOS	22
	FORMA DE PAGO	22
	OCUPACIÓN	23
	EDAD	23
	REHABILITACIÓN	24
	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	24
	PERIODO DE BENEFICIO	24
	PERIODO DE GRACIA	24
	PERIODO AL DESCUBIERTO	24
	ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA	25
	CLÁUSULAS OPERATIVAS	25
	ACCIDENTE	25
	ENFERMEDAD	25

EMERGENCIA MÉDICA	25
COLECTIVO ASEGURABLE	25
OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.....	25
REGISTRO DE ASEGURADOS.....	26
TERMINACIÓN ANTICIPADA POR PARTE DEL CONTRATANTE.....	26
RESIDENCIA.....	26
VIGENCIA.....	26
CLÁUSULAS CONTRACTUALES.....	26
CONTRATO.....	26
COMPETENCIA.....	27
PRESCRIPCIÓN.....	27
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	27
MONEDA.....	28
OTROS SEGUROS.....	28
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	28
RECTIFICACIÓN DE PÓLIZAS.....	28
INTERÉS MORATORIO.....	29
SUBROGACIÓN DE DERECHOS.....	30
COMUNICACIONES.....	30
PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.....	31
AVISO DE SINIESTRO.....	31
ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.....	31
RECLAMACIONES.....	31
PAGO DE RECLAMACIONES.....	32
PAGOS IMPROCEDENTES.....	33

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

De conformidad con el artículo 11 de las Disposiciones Generales en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que las presentes condiciones generales no contienen abreviaturas de uso no común.

1. DEFINICIONES

1.1. ABDOMEN AGUDO

Es la entidad patológica que puede ser por enfermedad y/o accidente de inicio súbito y agudo de evolución rápida que pone en riesgo la vida del paciente y requiere de una atención médica de emergencia.

1.2. ACCIDENTE CUBIERTO

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

No se considera Accidente:

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

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

El gasto erogado y procedente a consecuencia de un Accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para que éste sea considerado como un Gasto Médico Mayor, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indica en el apartado 5 Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Reclamaciones.

1.3. ANTIGÜEDAD

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

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

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

La Antigüedad reconocida para cada asegurado será indicada en la carátula de póliza.

Para otorgar el reconocimiento de Antigüedad, se requiere que el periodo mínimo transcurrido en la Póliza inmediata anterior sea de al menos un año. Para reconocer un periodo de Antigüedad el Asegurado y/o Contratante deberá comprobar a Plan Seguro que durante ese periodo la (s) prima (s) de la (s) póliza (s) fue (ron) pagada (s).

1.4. ASEGURADO

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

1.5. ASEGURADO TITULAR

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

1.6. ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO

Son las primeras atenciones médicas que recibe el recién nacido para adaptarse a la vida extrauterina, tales como las que se mencionan a continuación de manera enunciativa más no limitativa: cuidado del cordón umbilical, protección térmica, inicio de la respiración y la reanimación, atención ocular, inmunización.

1.7. AYUDANTE

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

1.8. COASEGURO

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

Si el asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Base Hospitalaria correspondiente a su plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a su Base Hospitalaria contratada, además del Coaseguro contratado, pagará veinte puntos porcentuales adicionales sobre los gastos cubiertos, por cada nivel de Base Hospitalaria superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico y el Hospital estén o no en convenio con Plan Seguro.

1.9. CONTRATANTE

Es aquella persona física o moral que ha solicitado a Plan Seguro la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas con quienes existe un interés asegurable y que además se compromete a realizar el pago de las Primas del Seguro en su totalidad.

1.10. CURAS DE REPOSO

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

1.11. DEDUCIBLE

Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y se aplica una vez por padecimiento. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado esta cantidad, comienza la obligación de Plan Seguro.

1.12. DEPENDIENTES ECONÓMICOS

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

- a) El cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 por Código Civil Federal o el lapso menor que en su caso prevea la legislación común del estado al que corresponda.
- b) Los hijos solteros menores de veinticinco (25) años de edad, que dependan económicamente del Asegurado Titular.
- c) Los padres del Asegurado Titular.

1.13. EMERGENCIA MÉDICA

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

1.14. ENDOSO

Documento que forma parte del Contrato de seguro y que modifica, las condiciones de este. Lo estipulado en un Endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

1.15. ENFERMEDAD

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

Las alteraciones o Enfermedades producidas como consecuencia directa de las 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.

1.16. ENFERMEDAD CUBIERTA

Se cubrirá cualquier Enfermedad, siempre que sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza y; cuando no se encuentren dentro de las mencionadas en el apartado 3 Exclusiones Generales o excluidas mediante Endosos y siempre que cumpla con el Periodo de Espera establecido en el apartado 2 Coberturas Básicas Sección 2.2.18 Gastos Cubiertos con Periodo de Espera.

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

1.17. ENFERMERA

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

1.18. EVENTO

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

1.19. EXTRAPRIMA

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

1.20. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO

Se entenderá como tal, aquellos gastos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de Servicios Médicos, Hospitalarios y Plan Seguro, en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones, equipos hospitalarios respectivos, a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

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

1.21. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA.

Institución legalmente autorizada para la atención Médico-Quirúrgica que cuente con Médicos y Enfermeras legalmente autorizados para la práctica de su profesión. Para fines de este Contrato los Hospitales, Sanatorios o Clínicas se clasificarán de acuerdo con una Base Hospitalaria.

1.22. HOSPITALIZACIÓN

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

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

1.23. INTERÉS ASEGURABLE

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

1.24. INDEMNIZACIÓN

Es la cantidad que pagará Plan Seguro a consecuencia de un padecimiento cubierto en términos de la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos, una vez descontado el Deducible en los casos que opere y posterior al descuento del Coaseguro correspondiente al plan contratado.

1.25. INFORME MÉDICO

Documento que debe ser llenado y firmado por el médico tratante en relación a los antecedentes personales patológicos, signos y síntomas relacionados con el padecimiento, diagnóstico definitivo y procedimiento a realizar.

1.26. INICIO DE COBERTURA

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

En caso de que el Asegurado se haya dado de Alta en una Póliza de Gastos Médicos Mayores de Plan Seguro y se haya otorgado el reconocimiento de antigüedad de otra (s) Compañía (s), se considerará como inicio de Cobertura la fecha a partir de la cual se reconoce la antigüedad, únicamente para efectos de eliminar o reducir los Periodos de Espera de aquellos padecimientos indicados en estas Condiciones Generales, es decir, excepto los casos en que las condiciones generales establecen en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad, si éste decide contratar nuevamente en el futuro su Póliza de Gastos Médicos Mayores con Plan Seguro, la nueva fecha de Alta será considerada como inicio de Cobertura.

1.27. LESIÓN AGUDA

Es una patología, golpe, herida o daño de origen súbito, que puede o no poner en riesgo la función de un órgano y/o la vida del Asegurado.

1.28. MÉDICO

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

1.29. MÉDICO ESPECIALISTA

Persona que ejerce la Medicina alopática en alguna de sus especialidades, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente.

1.30. MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO

Son los prestadores que proporcionan los servicios de salud a quienes se identifican como asegurados de Plan Seguro, relacionados con las coberturas contratadas a través de su póliza de seguro, dichos prestadores podrán ser consultados por el Asegurado en la página web: www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado: 1"Servicios y Oficinas", 2"Asegurado", 3"Directorio", en el que se muestra el listado de médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro. Cuando acudan a recibir servicios de salud con médicos y hospitales que tengan o no convenio con Plan Seguro, aplica el procedimiento descrito en la cláusula que define la participación del asegurado.

Lo anterior en el entendido de que el asegurado es libre de elegir el prestador de salud que sea de su preferencia, por lo que los médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro son de uso opcional para el Asegurado.

1.31. ÓRTESIS

Cualquier aparato que ayuda al correcto funcionamiento de un órgano.

1.32. PADECIMIENTO

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

1.33. PADECIMIENTO CONGÉNITO

Es aquel 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.

1.34. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura en Plan Seguro encontrándose o no declarados en el Cuestionario Médico, de conformidad con lo siguiente:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando Plan Seguro cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

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

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

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

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

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

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

1.35. PAGO DIRECTO

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

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

1.36. PAGO POR REEMBOLSO

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

1.37. PERIODO DE ESPERA

Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado con Plan Seguro, a fin de que los padecimientos puedan ser cubiertos por el Seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

1.38. CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

1.39. RECIÉN NACIDO PREMATURO

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

1.40. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS

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

1.41. PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS

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

1.42. RECLAMACIÓN

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

1.43. SIGNO

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

1.44. SINIESTRO

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

1.45. SÍNTOMA

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

1.46. SOLICITUD DE SEGURO

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

1.47. SUMA ASEGURADA

Es monto máximo que Plan Seguro pagará por Padecimiento a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, por cada cobertura o concepto que este indicado en estas condiciones generales, siempre y cuando este padecimiento, cobertura o concepto haya iniciado durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia, menos el Coaseguro aplicado a cada

reclamación. La suma asegurada para cada padecimiento, cobertura o concepto quedara fija a partir de la fecha en que se efectuó el primer gasto, aun cuando su importe sea menor al deducible. Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente, cobertura o concepto nunca rebasaran la Suma Asegurada estipulada. Estas estipulaciones operaran durante el periodo de beneficio.

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

1.48. TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

Es la relación del monto o porcentaje máximo que Plan Seguro pagará por concepto de Honorarios Médico-Quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierta y de acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

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

1.49. TERRITORIALIDAD

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

1.50. TRASLADO

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

1.51. UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM).

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

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

1.52. VIDA DE LA PÓLIZA

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

2. COBERTURAS BÁSICAS

2.1. OBJETO DEL SEGURO

Este seguro tiene como objeto, amparar los gastos que efectúe el Asegurado por servicios médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta, y que por indicación de un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.

Los gastos médicos en los que el Asegurado incurra serán cubiertos hasta por la cantidad máxima asegurada en cada Cobertura o la Suma Asegurada contratada según corresponda, ajustándolo a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales.

Para requerir cualquier prestación, el Asegurado deberá presentar su credencial que lo acredite como Asegurado de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía, excepto para los menores de edad. La vigencia de la Póliza se conserva en la medida en que se cubre el pago de la Prima pactada con motivo de su concertación.

2.2. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS

2.2.1. AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA

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

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

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

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

2.2.2. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL.

Se cubren los gastos de transporte en Ambulancia Terrestre, siempre y cuando sea medicamento indispensable para el traslado del Asegurado con motivo de una enfermedad y/o accidente cubierta. Toda reclamación que se origine por este concepto hasta un límite de 6 (seis) UMAM, aplicando deducible y coaseguro contratados.

2.2.3. CONSULTAS MÉDICAS.

Se cubren si el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico de un padecimiento cubierto, los honorarios por consultas médicas en consultorio o domicilio quedarán cubiertos con un máximo de 1 (una) consulta por día por un periodo máximo de 60 (sesenta) días hasta \$550.00 (Quinientos Cincuenta 00/100 M.N) pesos por consulta.

2.2.4. CONSUMO DE OXÍGENO.

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

2.2.5. GASTOS HOSPITALARIOS.

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

- Habitación privada estándar y alimentos con un máximo de 180 (ciento ochenta) días, aplicando deducible y coaseguro contratados. Además se pagará el costo de cama extra para un acompañante.
- Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones.
- Todos los gastos originados y relacionados directamente con el diagnóstico por el cual se abrió el Siniestro durante su estancia en el área de Terapia Intensiva serán cubiertos hasta 7 (siete) UMAM por día, con un máximo de 90 (noventa) días, aplicando deducible y coaseguro contratados.

2.2.6. HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.

Se cubren los honorarios del Cirujano de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, siempre que el Asegurado requiera de intervención quirúrgica. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los Cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias.

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

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

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

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

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

2.2.7. HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO.

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

2.2.8. HONORARIOS DE AYUDANTE.

Se cubren los honorarios de los Ayudantes, de acuerdo a lo siguiente:

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

2.2.9. HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO.

Se cubren los honorarios de la Enfermera a domicilio, siempre y cuando el Asegurado requiera de la asistencia especial en su domicilio, la naturaleza del padecimiento lo amerite y sea indicado por el Médico tratante, con un máximo de 60 (sesenta) días, 3 (tres) turnos diarios de 8 (ocho) horas cada turno, hasta un límite de \$300.00 (Trescientos pesos 00/100 M.N.), por turno por Asegurado por vigencia, previa autorización de Plan Seguro.

2.2.10. LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA.

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

2.2.11. MEDICAMENTOS

Se cubren los siguientes gastos de medicamentos:

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

2.2.12. PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL.

Se cubren los gastos que resulten por el uso, colocación y/o renta de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermos, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardíaca, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, así como el uso, colocación y/o la renta de aparatos ortopédicos que se requieran, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto hasta 28 (veintiocho) UMAM, aplicando deducible y coaseguro contratados. Asimismo, quedarán cubiertas las prótesis dentales que con motivo de un accidente cubierto requiera el Asegurado hasta 5 (cinco) UMAM, aplicando deducible y coaseguro contratados.

2.2.13. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Se cubren las sesiones de Rehabilitación y Fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el Médico tratante, hasta 20 (veinte) sesiones por evento, con tope de \$300.00 (Trescientos pesos 00/100 M.N), por sesión.

2.2.14. TRANSFUSIONES Y APLICACIONES

Se cubren para el Asegurado las transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del padecimiento cubierto.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. Se excluyen los gastos erogados por el donador.

2. Se excluyen los siguientes gastos relacionados con trasfusiones de sangre:

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

2.2.15. TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

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

2.2.16. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE

Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de 8 (ocho) UMAM al momento del Tratamiento, aplicando deducible y coaseguro contratados.

2.2.17. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

Se cubren los gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, hasta la Suma Asegurada contratada, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos y que resulten indispensables para la función. Aplica deducible y coaseguro contratados. Se requiere que el Asegurado presente estudios, radiografías y fotografías para constatar el tratamiento requerido.

2.2.18. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

2.2.18.1. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO

Se cubren únicamente las complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio de la Asegurada Titular y/o Cónyuge del Asegurado Titular, enunciadas a continuación:

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

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

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada Titular y/o Cónyuge del Asegurado Titular desde su ingreso hasta el alta del Hospital, incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos hasta la Suma Asegurada de 15 (quince) UMAM, aplicando deducible y coaseguro contratados.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- 1. Se excluyen las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- 2. Se excluyen las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

2.2.18.2. PARTO O CESÁREA

Se cubren los gastos erogados a consecuencia del parto o la operación cesárea de la Asegurada Titular o Cónyuge del Asegurado Titular dentro del territorio nacional, siempre y cuando tenga al menos 10 (diez) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del Hospital incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta la Suma Asegurada de 10 (diez) UMAM, aplicando deducible y coaseguro contratados.

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

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

2.2.18.3. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.

Se cubren los gastos originados por intervenciones de cirugías correctivas por padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de esta Póliza, hasta la Suma Asegurada contratada aplicando deducible y coaseguro contratados, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en el apartado 5 Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de Asegurados.

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

Para esta cobertura no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

2.2.18.4. RECIÉN NACIDOS

Se cubren los gastos del recién nacido desde el primer día de su nacimiento, con motivo de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en el apartado 5 Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de Asegurados.

2.2.18.5. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA

Se cubren después de transcurrido el primer año de inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico, los gastos resultantes de:

- Amigdalectomía y Adenoidectomía,
- Eversiones.
- Hernias de cualquier tipo (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- Hemorroidectomías.
- Cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis.
- Colecistectomía.
- Insuficiencia Venosa.
- Varices de miembros inferiores.
- Cataratas.
- Hallus Valgus (juanetes).
- Litrotipsia.
- Cálculos del aparato genito-urinario (independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico).
- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales.

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

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

El periodo mínimo de aseguramiento ininterrumpido para otorgar el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de esta Cobertura, será de un año.

2.2.18.6. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA

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

- Prolapsos
- Cualquier operación reconstructiva de piso perineal
- Tumores mamarias
- Histerectomías
- Miomectomías
- Endometriosis
- Padecimientos ginecológicos
- Cualquier afectación de la columna vertebral (independientemente de que la causa sea Enfermedad y/o Accidente).

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

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

El periodo mínimo de aseguramiento ininterrumpido para otorgar el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de esta Cobertura, será de un año

3. EXCLUSIONES GENERALES

Este Contrato, en ningún caso ampara cualquier tipo de gasto relacionado con:

- 1. La hospitalización, tratamiento médico o quirúrgico, por lesiones o Enfermedades producidas en servicio militar de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- 2. La hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, aun cuando exista indicación médica expresa.**
- 3. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.**
- 4. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.**
- 5. 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.**
- 6. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso de manera enunciativa más no limitativa: de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes. Para efectos de esta exclusión no se considera como deporte peligroso hockey, equitación, fútbol americano, artes marciales y karate.**
- 8. Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.**
- 9. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir problemas de enajenación mental, histeria, neurosis, psicosis, así como todo tipo de padecimiento psicológico, psiquiátrico, nervioso, psicomotor, de lenguaje, de aprendizaje, de conducta, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, trastornos cognitivos, talla baja, crecimiento, desarrollo y estimulación temprana, cualquiera que fuesen sus causas y manifestaciones clínicas.**

10. **Cualquier padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un médico con motivo de un accidente y/o enfermedad cubierta, y sean utilizados de manera correcta de acuerdo a las indicaciones del tratante.**
11. **Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de infertilidad, esterilidad, disfunción sexual y control de la natalidad (vasectomía, procedimientos quirúrgicos con fines de recanalización tubárica bilateral o de conductos deferentes).**
12. **Durante la hospitalización queda excluido Servicio de Enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.**
13. **Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
14. **Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza así como las complicaciones de estas, salvo las reconstructivas necesarias por Accidente siempre que se compruebe con estudios de Imagenología que apoye el diagnóstico.**
15. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloides excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la Póliza.**
16. **Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico así como todo lo secundario al padecimiento y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso (de manera enunciativa más no limitativa cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica, etc.), tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.**
17. **Gastos ocasionados por diástasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.**
18. **Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.**
19. **Curas de reposo o Exámenes Médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
20. **Gastos por atención fisiológica del recién nacido prematuro.**
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 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.**
23. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o**

intervenciones expresamente excluidas en este Contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Plan Seguro.

24. Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.
25. Las consultas de médicos especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborreica, acné, cuperosis, los tratamientos con base en hipnosis, crioterapias y quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.
26. Queda excluida la Mastectomía profiláctica así como sus complicaciones.
27. No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sean por prescripción médica para el tratamiento de Enfermedades o Accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.
28. No estarán cubiertos los tratamientos de Acupuntura, naturista, homeópatas u otro tipo de Medicina alternativa.
29. Tratamientos y estudios de diagnóstico y/o control de laboratorio y gabinete relacionadas con menopausia, climaterio, tabaquismo, control del sueño (polisomnografía) cualquiera que sea la Etiología del padecimiento o trastorno a descartar.
30. No se cubrirán gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal.
31. Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, y gigantomastía y cualquiera de las complicaciones de ésta.
32. No están cubiertas:
 - a) Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
 - b) Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
 - c) Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
 - d) Lesiones, Padecimientos o Enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando estas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
33. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.
34. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.
35. No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, crema, cosméticos, desodorantes, llamadas telefónicas, compact disc, shampoo, lociones, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, flores, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones y gasas; sábana térmica, medias

TED, servicio de fotografía, servicio de video, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, fotografías, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sabana desechable, esponjas para baño, así como cualquier gasto erogados por el acompañante.

36. Quedan excluidos los medicamentos: benzodicepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psicológico independientemente de su causa.
37. Quedan excluidos todos aquellos padecimientos en los que no exista un daño o alteración orgánica demostrable mediante estudios de laboratorio y/o gabinete por lo que se determine que su origen o causa es por estrés. Plan Seguro se reserva el derecho a solicitar la información necesaria para la adecuada valoración de estos casos.
38. Padecimientos Preexistentes.
39. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa
40. Honorarios de enfermera intrahospitalaria.
41. Gastos derivados de cualquier Trasplante de órganos.
42. Alimentación Parenteral.
43. Tratamientos que requieran el uso de cámara hiperbárica.
44. Tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o miopía.
45. Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas de infección por VIH y/o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como las complicaciones derivadas de éste.
46. Cualquier tipo de vacuna.
47. Abortos y legrados uterinos, cualquiera que sea su causa.
48. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto.
49. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo de espera.
50. La atención fisiológica que recibe el Recién Nacido para adaptarse a la vida extrauterina.

4. COBERTURAS ADICIONALES

Si se contrata alguna de las siguientes Coberturas adicionales, ésta (s) formará (n) parte integrante del Contrato de Seguro, y deberán quedar indicadas en la Carátula de la Póliza, Endosos y/o Certificado Individual.

4.1. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores, siempre y cuando se haya contratado y obligado a pagar la Prima correspondiente conforme al apartado 5. Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Forma de Pago.

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

Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza.

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

1. **Se excluyen los Accidentes o Enfermedades cuyos signos o síntomas se hayan originado o manifestado en la República Mexicana, así como sus complicaciones, sean o no motivos de la estancia o el viaje.**
2. **Se excluye el servicio de enfermería fuera del Hospital.**
3. **Se excluyen los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
4. **Se excluye la operación cesárea, el parto, embarazo y sus complicaciones, cualquiera que sea su causa.**
5. **Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
7. **Se excluyen los padecimientos preexistentes.**
8. **Se excluyen los padecimientos congénitos.**
9. **Se excluyen los estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.**
10. **Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.**
11. **Se excluyen los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de tres (3) meses fuera de la República Mexicana.**

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

5. CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO RENOVACIÓN.

La Aseguradora podrá renovar la Póliza cuando la temporalidad sea de un (1) año o de plazos menores, siempre y cuando las dos partes lo estipulen por escrito, dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia, mediante Endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, salvo que el Contratante solicite cotización con diferentes condiciones debiendo cumplirse en ambos casos con la regla de aseguramiento señalada en el apartado 5 Cláusulas Generales para Cláusulas Operativas: Colectivos Asegurables y en el apartado 5 Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Edad.

PRIMAS.

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

En cada renovación, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas y planes en vigor a esa fecha, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, o bien, la tarifa que haya sido determinada conforme a la tarificación por experiencia propia. 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 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

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

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

ALTA DE ASEGURADOS.

El Contratante deberá llenar una nueva Solicitud para la inclusión de otros Dependientes Económicos. Si el Asegurado contrae matrimonio o está en concubinato, el cónyuge o concubinario que posea tal carácter podrá ser dado de Alta en la póliza de Gasto Médico Mayor, para lo cual se tendrá que dar aviso por escrito a Plan Seguro, anexando Cuestionario(s) Médico(s), Solicitud de Seguro debidamente llenada y firmada por el Asegurado (en caso de haber contraído matrimonio, anexar acta de matrimonio) y se haya obligado a pagar la Prima correspondiente dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

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

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

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

BAJA DE ASEGURADOS.

Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer definitivamente a la Colectividad Asegurada, desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido, para lo cual el Contratante deberá dar aviso por escrito a Plan Seguro de la separación definitiva. Los Beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del periodo en que la Póliza estuvo en vigor. En este caso, Plan Seguro restituirá al Contratante la Prima Neta Pagada no devengada calculada en días exactos en Pólizas de colectivo, en caso que haya contribución en el pago de la Prima, se devolverá la parte que le corresponde al Contratante de la Prima Neta no Devengada, así como la parte que le corresponde al Asegurado en la misma proporción en la que contribuyeron. Para tal efecto la devolución de la prima neta pagada no devengada se hará en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de que Plan Seguro cuente con toda la documentación que le permita conocer la procedencia de la devolución. En caso de que exista algún Siniestro que afecte al Asegurado que se está dando de baja, no habrá devolución de Prima para dicho Asegurado, ya que se considera devengada en su totalidad.

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

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

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

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

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

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

- a) Contraigan matrimonio.
- b) Reciban remuneración por trabajo personal.
- c) En el momento en que Plan Seguro conoce que el Asegurado ha cumplido 25 años, procederá a excluirlo de la Cobertura de la Póliza, a la renovación de esta.
- La Esposa(o) o Concubina(o) que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil Federal:
 - a) En caso de divorcio o término del concubinato.

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

FORMA DE PAGO.

El Contratante deberá pagar la Prima total de cada Cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia. En caso de optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada, se aplicará la Tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte, mismo que se dará a conocer por escrito al Asegurado y podrá modificarse anualmente. Si la Prima total se va a liquidar de manera fraccionada, las exhibiciones serán por periodos de tiempo de igual duración, siempre y cuando estos no sean inferiores a un mes. En caso de que la Póliza se viera afectada por un Siniestro ocurrido dentro del periodo 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, vencerán al inicio de cada periodo pactado. A partir del vencimiento de la Prima correspondiente, el Contratante dispondrá de un Periodo de Gracia; transcurrido el Periodo de Gracia, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente, perdiendo el Asegurado todos los derechos de antigüedad que tenía en la Póliza.

Las Primas convenidas deberán pagarse en el domicilio de las oficinas de Plan Seguro indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, a cambio de un recibo expedido por la misma, o bien a través de los medios alternativos de pago que Plan Seguro ofrezca al asegurado en la carátula de la póliza. Al respecto, para la opción de pago mediante autorización de cargo automático a tarjeta de crédito, será responsabilidad del asegurado mantener vigente su plástico y los fondos suficientes para el pago, así como notificar oportunamente a Plan Seguro sobre los nuevos datos de la tarjeta de crédito cuando haya sido renovada o sustituida por cualquier motivo. Asimismo, en caso de que el pago de la prima se realice mediante cheque, éste deberá ser librado en favor de Plan Seguro, S.A de C.V., Compañía de Seguros, y el asegurado deberá constatar de que al momento de ser girado cuenta con los fondos suficientes para el pago y que la chequera o cuenta se encuentra vigente y libre de cualquier situación que impida que el cheque sea cobrado por Plan Seguro. En caso de no cumplir con lo arriba señalado, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente en términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

En el caso de CARGO AUTOMÁTICO A TARJETA DE CRÉDITO se estipula que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto Plan Seguro entregue el comprobante de pago correspondiente.

OCUPACIÓN.

Si el Asegurado cambia de ocupación a una diferente a la que tenía al momento de contratar su póliza y ésta conlleva a una mayor probabilidad de sufrir algún padecimiento, el Contratante y/o Asegurado deberá avisar por escrito a Plan Seguro dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento que las conozca, en cuyo caso Plan Seguro se reserva el derecho de excluir o establecer el cobro de una Extraprima por el riesgo al cual se expone el Asegurado por la nueva ocupación y/o actividad.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no dé aviso ó si él provoca la agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

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

EDAD.

Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos sin límite de edad máxima de aceptación. Así mismo para las personas que cuenten con una edad cumplida de sesenta y cinco años, se aplicará un examen de selección médica reservándose Plan Seguro el derecho de aceptar o indicar bajo qué condiciones se emitirá la Póliza.

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

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

- a) Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, Plan Seguro reembolsará el 56% (cincuenta y seis por ciento) de la Prima en Pólizas Colectivas, que pagó en exceso al Contratante, las Primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- b) Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación la obligación de Plan Seguro se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

REHABILITACIÓN.

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

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

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

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

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

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

- Cuando el padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el padecimiento.
- Terminación de la vigencia de la Póliza, salvo lo indicado en la cláusula de Periodo de Beneficio.
- Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.

Lo que ocurra primero.

PERIODO DE BENEFICIO.

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

Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por conceptos de padecimientos iniciados en la vigencia de esta Póliza con Plan Seguro, estos se cubrirán vía Reembolso hasta certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través del Alta médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta 2 (dos) años contados a partir de la fecha de término de vigencia o a partir de la fecha de cancelación de la Póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

PERIODO DE GRACIA.

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

PERIODO AL DESCUBIERTO.

Comienza a las 12 (doce) horas del día en que vence el Periodo de Gracia y concluye al notificarse al asegurado por cualquier medio que la póliza ha sido rehabilitada, quedando excluidas las Enfermedades y/o Accidentes cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este periodo al igual que los gastos erogados a consecuencia de dichas Enfermedades y/o Accidentes, así como sus complicaciones y secuelas ocurridas ya iniciada la Cobertura. Plan Seguro podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, aún y cuando el diagnóstico haya sido dado a conocer con posterioridad a la conclusión de este periodo.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA.

Para este Beneficio, Plan Seguro reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) Compañía(s), únicamente para efectos de reducir o eliminar los periodos de espera descritos en el apartado 2 Coberturas Básicas Sección 2.2.18 Gastos Cubiertos con Periodo de Espera, excepto los casos en que las condiciones generales establecen en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

CLÁUSULAS OPERATIVAS

ACCIDENTE.

En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza,

ENFERMEDAD

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

- 1.- Cuando se trate de una renovación en Plan Seguro.
- 2.- En caso de Hijos nacidos dentro de la vigencia de la misma, que fueron dados de alta después de los treinta (30) días naturales de nacidos.

EMERGENCIA MÉDICA

En caso de Emergencia Médica derivada de un Accidente y Enfermedad cubierto, y no exista un padecimiento de base que se haya agudizado, los gastos médicos serán cubiertos desde el primer día en que se originó la emergencia.

COLECTIVO ASEGURABLE

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

COLECTIVIDAD

Está conformada por lo menos con el 30% de la colectividad asegurable y con un mínimo de 15 titulares, deberá de existir una regla de asegurabilidad. En caso de existir contribución en la Prima deberán indicar el manejo de la misma.

OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.

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

REGISTRO DE ASEGURADOS.

Plan Seguro integrará el registro de Asegurados con la información proporcionada por el Contratante, el cual contendrá los siguientes datos:

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

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR PARTE DEL CONTRATANTE.

Únicamente el Contratante podrá dar por terminado el Contrato de Seguro, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que concluye su vigencia

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

Para el caso de devolución de prima neta pagada no devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente el asegurado deberá manifestar, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la póliza, por lo que si posteriormente a dicha devolución el asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de indemnización por haber cesado ya los efectos del contrato de seguro. Para tal efecto la devolución se hará en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de que Plan Seguro cuente con toda la documentación que le permita conocer la procedencia de la devolución.

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

RESIDENCIA.

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

VIGENCIA.

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

CLÁUSULAS CONTRACTUALES

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 lleva anexos y estas Condiciones Generales, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

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

COMPETENCIA

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

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de Plan Seguro.
- La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus Delegaciones.

En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Adicionalmente, en caso de que los Contratantes y/o Asegurados deseen manifestar alguna inconformidad o presentar una queja relacionada con irregularidades y/o negativas en la prestación de los servicios médicos que reciban por parte de los prestadores de dichos servicios, podrán hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en la forma y términos que corresponda.

Datos de contacto:

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

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

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines, No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.planseguro.com.mx

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

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

CONDUSEF

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

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

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

Página web: www.condusef.gob.mx

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

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

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley, es decir por omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, en que se considerará desde el día en que Plan Seguro haya tenido conocimiento de él y si se trata de la realización del Siniestro desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesita además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Plan Seguro para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro (Arts. 8, 9 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro),

Plan Seguro reintegrará al Contratante el 56% (cincuenta y seis por ciento) de la Prima Neta Pagada 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 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 beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

MONEDA.

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

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

OTROS SEGUROS.

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

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

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

RECTIFICACIÓN DE PÓLIZAS

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordare con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

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 señalado por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, que señala lo siguiente:

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con 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, la Institución de Seguros 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, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda 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, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros 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 la Institución 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 la Institución de Seguros, 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 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

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

En los términos de la Ley, una vez pagada la Indemnización correspondiente, Plan Seguro se subrogará, hasta por la cantidad pagada, en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones, contra los autores responsables del Siniestro. Si Plan Seguro lo solicita, a costa de ésta, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Asegurado se impide la Subrogación, Plan Seguro quedará libre de sus obligaciones. Si el daño fuere indemnizado 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, tengan relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño o bien si son civilmente responsables de la misma.

COMUNICACIONES.

Todas las comunicaciones relacionadas con este Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de Plan Seguro ubicado en Boulevard. Adolfo Ruiz Cortines, No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México. Las comunicaciones que Plan Seguro haga al Contratante, se dirigirá al último domicilio que ésta conozca.

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, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la Solicitud.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

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

El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la Participación del Asegurado en toda la reclamación.

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

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

AVISO DE SINIESTRO.

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

ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.

En caso de Accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general donde el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite iniciar una denuncia ante el Ministerio Público, deberá presentarla a Plan Seguro siempre y cuando así se haya requerido, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, lo anterior dentro de un plazo máximo de 5 (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 5 Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro.

RECLAMACIONES.

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

No se hará por parte de Plan Seguro ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier institución semejante en donde no se exige remuneración.

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.

Para solicitar el pago de cada Siniestro de Gastos Médicos Mayores deberá entregarse la siguiente documentación completa, llenada con letra de molde en los casos que corresponda, y sin tachaduras ni enmendaduras:

- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado.
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Este documento se presentará en forma completa y con letra de molde por el Titular de la Póliza; o bien, por algún familiar o persona de confianza del Asegurado afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado Titular o el Contratante.
- Informe Médico en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán

tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado Titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer Informe Médico que exhiba el Asegurado.

- Deberán incluirse los resultados de los estudios de laboratorio y la interpretación de los estudios de gabinete o imagen realizados y que respalden o corroboren el diagnóstico emitido por el médico tratante.
- Recibos de honorarios médicos originales (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., cédula profesional además de los requisitos fiscales en vigor.
- Cada recibo deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada recibo, así como la fecha de atención.
- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar un recibo por cada visita realizada y cada recibo se acompañará de un Informe del Médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales de Hospital, Farmacia, Laboratorio, Gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A.
- Las facturas de Laboratorio y Gabinete irán acompañadas de sus respectivos resultados originales.
- Expediente Clínico.

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

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

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

Cuando se esté solicitando el pago de dos o más padecimientos diferentes que ocurrieron al mismo tiempo, se debe entregar por separado la documentación antes mencionada para cada padecimiento. Plan Seguro únicamente pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean parientes directos del Asegurado, y los gastos de internación efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.

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

PAGO DE RECLAMACIONES.

- Las Indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo a este Contrato serán liquidadas en las oficinas de Plan Seguro, en el curso de los 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.
- Todas las Indemnizaciones cubiertas por Plan Seguro serán liquidadas en las oficinas de la misma a cada Asegurado o a quien éste haya designado.

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

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

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

PAGOS IMPROCEDENTES.

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

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

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

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

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

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

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

(Ley Sobre el Contrato de 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 21 de Junio de 2019, con el número CNSF-H0701-0044-2019/CONDUSEF-003801-02.