Plan Seguro®
Smart

Condiciones Generales

Plan Seguro®

Índice

1. DEFINICIONES. 1

2. COBERTURAS BÁSICAS. 14

2.1. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS 14
a) EN CONSULTORIO 14
b) EN DOMICILIO 15
c) POR VIDEOLLAMADA 16
2.2. CONSULTAS O SESIONES CON NUTRIÓLOGOS Y/O PSICÓLOGOS 16
2.3. ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIOS 17
2.4. FISIOTERAPIA PREVENTIVA 20
2.5. DENTAL MÁS 21
2.6. DAÑO PSIQUIÁTRICO 21
2.7. ACCIDENTE DE RODILLA 22
2.8. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL 22
2.9. CONSULTAS MÉDICAS 23
2.10. CONSUMO DE OXÍGENO 23
2.11. ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA 23
2.12. GASTOS HOSPITALARIOS 23
2.13. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS 24
2.14. HONORARIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO 25
2.15. USO O RENTA DE ROBOT 26
2.16. ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA 26
2.17. MEDICAMENTOS 26
2.18. OZONOTERAPIA 27
2.19. ACCIDENTES DE NARIZ O SENOS PARANASALES 27
2.20. TRATAMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS EN ÁREAS DE CORTA ESTANCIA 27
2.21. PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL 27
2.22. REEMBOLSO DE TRATAMIENTOS DE QUIROPRÁCTICOS 28
2.23. SESIONES DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA 28
2.24. TRANSFUSIONES DE SANGRE Y SUS HEMODERIVADOS 28
2.25. TRASPLANTE DE ÓRGANOS 29
2.26. TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA 30
2.27. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE 30
2.28. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS 30
2.29. ALIMENTACIÓN PARENTERAL 31
2.30. REEMBOLSO DE SESIONES DE CÁMARA HIPERBÁRICA 31
2.31. CIRCUNCISIÓN 31
2.32. EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS 31
2.33. EXPANSORES MAMARIOS 31
2.34. CIRUGÍA PROFILÁCTICA 31
2.35. REEMBOLSO DE TRATAMIENTOS DE HOMEÓPATAS 31
2.36. PRUEBA DE VIH 32
2.37. PTOSIS PALPEBRAL 32
2.38. TOXINA BOTULÍNICA 32

2.39. REEMBOLSO DE VACUNAS 32
2.40. TRATAMIENTO SUJETO A SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA....33
2.41. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA 33
a) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ (10) MESES 33
b) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES 35
c) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS VEINTICUATRO (24) MESES....36
d) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO (48) MESES 36
2.42. PROCEDIMIENTOS CON LÍMITE EN GASTOS HOSPITALARIOS 37
3. EXCLUSIONES GENERALES. 39
4. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO. 44
4.1. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO 44
4.2. ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO 45
4.3. ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE 47
4.4. ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE....47
4.5. INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA 48
4.6. REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE 48
5. ATENCIONES INCLUIDAS. 49
5.1. ATENCIÓN FUNERARIA 49
5.2. ATENCIÓN MÉDICA 50
5.3. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES NACIONALES 53
5.4. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES INTERNACIONALES 55
5.5. ATENCIÓN VISUAL 60
6. CLÁUSULAS GENERALES 61
6.1. CLÁUSULAS OPERATIVAS 61
6.2. CLÁUSULAS CONTRACTUALES 66
6.3. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO 75
6.4. PAGO DE SINIESTROS 81
7. DOCUMENTOS ADICIONALES. 85
7.1. GLOSARIO DE PRECEPTOS LEGALES 85

De conformidad con 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.

ALCANCE

Las presentes Condiciones Generales forman parte del Contrato y detallan los términos, condiciones, exclusiones, deducibles y coaseguros bajo los cuales se prestarán los servicios por parte de Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros.

OBJETO DEL SEGURO

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

- La Póliza se encuentre vigente en términos de lo establecido en estas Condiciones Generales.
- Los gastos médicos generados ocurran durante la vigencia de la Póliza y cumplan con los términos y condiciones descritas en las presentes Condiciones Generales.
- Los servicios cubiertos sean ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, Periodo de Cobertura y Endosos adicionales.
- Se entregue toda la documentación e información necesaria para que Plan Seguro pueda dictaminar correctamente el Siniestro, en caso de que el Asegurado no remita en tiempo toda la información solicitada por Plan Seguro para la dictaminación del Siniestro, de conformidad con los artículos 66, 68, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Plan Seguro quedarán extinguidas.

1. DEFINICIONES.

Para efectos de este Contrato los significados asignados a los términos definidos en esta sección aplicarán de la misma manera a su forma singular o plural:

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

No se consideran accidente las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado y las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.

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

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible contratado y estipulado en la Carátula de la Póliza para que éste sea cubierto, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indican en estas Condiciones Generales.

ACCIDENTE CUBIERTO. Todo Accidente que cumpla con lo siguiente:

I. Que ocurra durante la vigencia de la Póliza;
II. Que los gastos erogados para su atención médica sean consecuencia directa del Accidente y se ejerzan conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales;
III. Que no derive de actos intencionales realizados por el propio Asegurado; y
IV. Que las lesiones y sus complicaciones se manifiesten dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del Accidente; en caso contrario, dichas complicaciones se considerarán como Enfermedad.

ACCIDENTE DE RODILLA. Aquel en que el mecanismo de lesión es a consecuencia de un trauma y los estudios de imagenología presentados con motivo de la reclamación, muestren lesiones traumáticas agudas que afecten a cualquier estructura anatómica que forme parte de la rodilla.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio adicional que se requiera para acreditarlo.

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO. Aumento de probabilidades de la realización de algún Accidente y/o Enfermedad, por hechos o actos sobrevinientes al estado declarado del riesgo, al momento de la celebración del Contrato.

ALTA ESPECIALIDAD. Aquellos estudios, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que, por su complejidad técnica, alto costo, nivel de especialización requerido o uso de tecnología avanzada, no corresponden a la práctica médica general o de especialidad convencional.

Se considerarán como de alta especialidad, de manera enunciativa mas no limitativa, los siguientes:

I. Estudios de diagnóstico que requieran equipos de alta tecnología, tales como resonancia magnética, medicina nuclear, tomografía por emisión de positrones (PET) o estudios equivalentes;
II. Procedimientos diagnósticos o terapéuticos de carácter invasivo o que requieran infraestructura hospitalaria o quirúrgica especializada;
III. Aquellos que, por sus características, se realizan de manera habitual en unidades médicas de tercer nivel o de atención de alta especialidad.

ALTA MÉDICA. Acto mediante el cual el Médico Tratante certifica por escrito que el Asegurado ha concluido con su evento y ya no requiere atención médica activa relacionada con éste.

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

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

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual, el Asegurado ha contratado una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud.

AÑO PÓLIZA. Periodo continuo de doce (12) meses durante el cual el Contrato de Seguro está vigente. Contado a partir de la fecha de inicio de vigencia ubicada en la Carátula de la Póliza, independientemente del año calendario.

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

ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL. Atención médica por padecimientos que no ponen en riesgo la vida del paciente ni requieren de atención médica urgente y se atienden mediante servicios médicos ambulatorios.

ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO. Primeras atenciones médicas que recibe el Recién Nacido para adaptarse a la vida extrauterina.

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

CIRCUNCISIÓN PROFILÁCTICA. Intervención quirúrgica, mediante la cual se efectúa la extirpación parcial o total del prepucio en recién nacidos o infantes, con el objeto de evitar patologías de tipo infecciosas.

CLASIFICACIÓN HOSPITALARIA. Categorización económica que Plan Seguro asigna a los Hospitales, Sanatorios o Clínicas que forman parte del Directorio Médico y Hospitalario, con base en nivel de infraestructura, especialización, costos y ubicación, entre otros.

La Clasificación Hospitalaria vigente podrá consultarse en la página web www.planseguro.com.mx, en el apartado Directorio Médico y Hospitalario.

De conformidad con la clasificación asignada al hospital en el que el Asegurado reciba la atención médica, podrán aplicarse beneficios o ajustes en la participación del Asegurado en cada reclamación, conforme a lo establecido en la Carátula de la Póliza y en las presentes Condiciones Generales.

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

COBERTURA. Conjunto de riesgos que pueden derivar en gastos asociados que el Contrato de Seguro asume total o parcialmente, bajo las condiciones, términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la Carátula de la Póliza.

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

CONTRATANTE. Persona física o moral que ha solicitado a Plan Seguro la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas con quienes existe un interés asegurable y que, además, se obliga a realizar el pago de las Primas del Seguro en su totalidad y por tanto se hace responsable de las declaraciones vertidas en la Solicitud del Seguro, las cuales son la base para la apreciación del riesgo y que dan lugar a la contratación de la Póliza.

CONTRATO DE SEGURO. Acuerdo legal mediante el cual la Aseguradora se obliga, a cambio del pago de una Prima, a otorgar al Asegurado la protección establecida en las Condiciones Generales del producto contratado.

CURAS DE REPOSO. Internamientos u hospitalizaciones, las cuales no son necesarias, ya que no cuentan con un diagnóstico o padecimiento establecido y/o respaldado médicamente.

DEDUCIBLE. Cantidad que queda a cargo del Asegurado, establecida en la Carátula de Póliza y/o Condiciones Generales y cuyo importe ha de superarse para que proceda el pago de un riesgo cubierto, conforme a los términos que se establezcan en el Contrato de Seguro.

EMERGENCIA MÉDICA. Cualquier alteración órgano-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 y que requiere de atención médica inmediata.

EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO. Emergencia Médica ocurrida fuera de la República Mexicana.

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

ENFERMEDAD. Alteración en la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, indicado por un médico titulado con cédula profesional. Las lesiones corporales, alteraciones o enfermedades producidas como consecuencia directa de las alteraciones señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, complicaciones y secuelas, son consideradas como un mismo Siniestro.

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

ENFERMEDAD CUBIERTA. Toda Enfermedad que cumpla con lo siguiente:

I. Que los primeros signos o síntomas, así como el primer gasto erogado para su diagnóstico o tratamiento, se presenten durante la vigencia de la Póliza;
II. Que no se encuentre comprendida dentro de las Exclusiones Generales o particulares establecidas en estas Condiciones Generales o mediante Endoso;

III. Que haya transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, salvo que el Asegurado cuente con Reconocimiento de Antigüedad aplicable conforme a lo previsto en esta Póliza; y
IV. Que, en su caso, tratándose de nonatos y recién nacidos, se encuentren debidamente dados de alta conforme a lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

ENFERMERA. Persona legalmente autorizada para la práctica de la Enfermería, que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico.

ESTADO DE EBRIEDAD. Intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas. Se considera la presencia de este estado cuando el dictamen emitido por el médico adscrito a cualquier dependencia que intervenga y/o tome conocimiento del hecho motivo de la reclamación presentada, a través de la aplicación de cualquier otro método reconocido para detectar los niveles de alcohol, determine la existencia de dicha intoxicación en el Asegurado.

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

EXCLUSIÓN. Cualquier condición médica, evento, servicio, tratamiento o gasto que no está cubierto por el Contrato de Seguro, aun cuando ocurra durante la vigencia de la Póliza.

EXTRAPRIMA. Cantidad adicional a la prima neta que el Contratante y/o Asegurado se obliga a pagar a Plan Seguro.

FISIOTERAPIA PREVENTIVA. Intervención terapéutica no farmacológica, de carácter programado y preventivo primario, dirigida a la evaluación funcional integral, educación preventiva y fortalecimiento general, cuyo objetivo es reducir el riesgo de desarrollo de patología musculoesquelética en cualquier región anatómica, en personas sin diagnóstico médico previo de enfermedad o lesión estructural activa.

No incluye tratamientos de rehabilitación ni intervenciones destinadas al manejo de padecimientos previamente diagnosticados.

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO. Gasto cuyo monto o valor ha sido fijado entre los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y Plan Seguro, en consideración de la

naturaleza, características y calidad técnica de los servicios, las instalaciones, equipos hospitalarios respectivos, a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

El valor actual del Gasto Usual y Acostumbrado (G.U.A.) es de cuarenta y cinco (45) UMAM, y su valor se actualizará de acuerdo con lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su página oficial.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS. Gastos que efectúa el Asegurado por servicios médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta que, por indicación de un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.

GASTOS PERSONALES. Aquellos bienes, servicios o consumos de carácter no médico, no indispensables para el diagnóstico, tratamiento o recuperación del Asegurado, y que correspondan a artículos de uso personal, confort, conveniencia o entretenimiento durante la atención médica. Se considerarán comprendidos dentro de este concepto, de manera enunciativa mas no limitativa, los artículos de higiene personal, cosméticos, alimentos y bebidas no prescritos médicamente, servicios de confort o conveniencia.

HOSPITAL EN COLABORACIÓN. Institución legalmente autorizada para la prestación de servicios hospitalarios y de salud que mantiene un convenio vigente con Plan Seguro para la atención a quienes se identifican como Asegurados de Plan Seguro relacionados con las coberturas contratadas a través de su Póliza de Seguro y conforme a las condiciones operativas establecidas por la Compañía.

Dichos prestadores podrán ser consultados por el Asegurado en la página web www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado Directorio médico y hospitalario, en el que se muestra el listado de médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro.

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.

La determinación y actualización de los Hospitales Smart será facultad exclusiva de la Compañía y podrá consultarse en el Directorio Médico y Hospitalario vigente en la página web oficial www.planseguro.com.mx.

HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA. Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica, la cual se cataloga de acuerdo con una Clasificación Hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN. Estancia continua del Asegurado, mayor a veinticuatro (24) horas en un Hospital, Sanatorio o Clínica. Dicha estancia comienza a correr a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno a la Institución y concluye con el Alta Médica que otorga el Médico Tratante.

INDEMNIZACIÓN. Cantidad que está obligada a pagar Plan Seguro al Asegurado, a consecuencia de un padecimiento de acuerdo con los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos, una vez descontado el Deducible en los casos que opere, y posterior al descuento del Coaseguro que corresponda.

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

INICIO DE COBERTURA. Fecha en que el Asegurado es dado de alta en una Póliza 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 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 en los casos en que las Condiciones Generales y/o Endosos establecen que en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad, por lo que si éste decide contratar en el futuro su Póliza con Plan Seguro, la nueva fecha de alta será considerada como Inicio de Cobertura.

INSTRUMENTISTA. Enfermera o Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al Médico Tratante en la instrumentación quirúrgica de la cirugía para la atención del Asegurado.

INTERÉS ASEGURABLE. Interés económico y lícito que existe entre el Contratante y el (los) Asegurado(s) amparado(s) por la Póliza.

LUGAR DE ATENCIÓN. Zona geográfica que corresponde al Hospital, Sanatorio o Clínica en la que el Asegurado recibe la atención médica y en la que efectivamente se

eroguen los gastos objeto de reclamación. Se determinará conforme a la ubicación física del prestador de servicios médicos.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. Equipo, material y/o elementos que se pueden utilizar para suplir, ayudar o restaurar la función original del hueso y/o articulación.

MÉDICO EN COLABORACIÓN. Profesionista legalmente autorizado para ejercer la medicina, el cual mantiene un convenio vigente con Plan Seguro para la prestación de servicios médicos a quienes se identifican como Asegurados de Plan Seguro conforme a las coberturas contratadas a través de su Póliza de Seguro y condiciones operativas establecidas por la Compañía.

Dichos prestadores podrán ser consultados por el Asegurado en la página web www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado Directorio médico y hospitalario, en el que se muestra el listado de médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro.

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.

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la Medicina y que, cuenta con los conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con certificación vigente por parte del Consejo Médico correspondiente.

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

MÉDICO SUBESPECIALISTA. Médico especialista, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente, con un grado superior de estudios al de Médico Especialista.

MÉDICO TRATANTE. Persona que ejerce la Medicina y legalmente autorizada para la práctica de su profesión, que brinda control y tratamiento al Asegurado. Puede tratarse de un Médico General, Médico Especialista y/o Médico Subespecialista.

PASE MÉDICO. Documento expedido por Plan Seguro a favor del Asegurado para acceder a consultas médicas, exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología. Tiene una vigencia de quince (15) días desde su fecha de expedición.

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

PADECIMIENTO CONGÉNITO. Padecimiento con el que se nace como consecuencia de trastornos producidos durante la gestación, consistentes en alteraciones anatómicas, fisiológicas o por Parto Prematuro, y que puede tener sus manifestaciones al momento o posterior al nacimiento.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas alteraciones serán consideradas como un solo Padecimiento.

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

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

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.
b) 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,
c) 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 esta instancia y se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, dicho procedimiento le será vinculante, por lo que se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia, en el entendido de que el Laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

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

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Padecimientos Preexistentes dados a conocer por el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud de Seguro y/o Cuestionario Médico de contratación de la Póliza.

PAGO DIRECTO. Pago que realiza Plan Seguro directamente al prestador de servicios, por la atención médica y hospitalaria de un Accidente o Enfermedad cubierta. Para efecto de pago de Honorarios Médicos en esta forma de pago se aplicará conforme a la negociación realizada entre Plan Seguro y el Médico en convenio.

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

PAGO VÍA REEMBOLSO. Pago que realiza Plan Seguro de los gastos erogados procedentes de las coberturas indicadas en las presentes Condiciones Generales, previa comprobación de estos y de conformidad con la Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos contratada, Condiciones Generales y/o Endosos generales o específicos.

PARTO. Expulsión de un(os) feto(s) maduro(s) y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

PARTO PREMATURO. Cualquier parto o cesárea antes de la semana treinta y siete (37) de la gestación.

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

PERIODO DE BENEFICIO. Plazo contado a partir de la fecha en que el Contrato cesa efectos por falta de pago o al término de la vigencia, durante el cual se pagarán los gastos

erogados por concepto de padecimientos iniciados en la vigencia de la Póliza con Plan Seguro.

PERIODO DE COBERTURA. Lapso durante el cual la Aseguradora asume la responsabilidad de cubrir los eventos de salud amparados por el Contrato de Seguro siempre que ocurran dentro de la vigencia establecida.

PERIODO DE ESPERA. Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de Inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado, a fin de que los Padecimientos con Periodo de Espera puedan ser cubiertos por el Seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

PRÁCTICA DEPORTIVA NO PROFESIONAL. Actividad física o deportiva realizada sin remuneración económica, en especie o de cualquier tipo, sin que constituya la actividad laboral principal del Asegurado, sin pertenecer a ligas profesionales o semiprofesionales, sin ser de alto rendimiento, sin participar en competencias federadas a nivel nacional o internacional.

PRÁCTICA DEPORTIVA PROFESIONAL. Actividad física o deportiva que se realiza a cambio de una retribución monetaria o en especie, que constituye la actividad laboral principal del Asegurado.

PRIMA NETA COBRADA. Monto que el Contratante paga a la Aseguradora como contraprestación por la protección otorgada por el Contrato de Seguro durante un periodo determinado.

PRIMA NETA COBRADA NO DEVENGADA. Parte de la Prima Neta Cobrada que no fue utilizada y que corresponde al periodo pendiente de cobertura de la Póliza contratada.

PRIMA TOTAL. Es la suma de las Primas de cada uno de los Asegurados a quienes se les reconoce el derecho de recibir los beneficios inherentes correspondientes a las coberturas contratadas.

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

PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS. Extensión artificial que reemplaza o provee una parte faltante del cuerpo cumpliendo casi la misma función que un miembro natural.

PSICÓLOGO. Profesional de la salud mental legalmente autorizado para evaluar, diagnosticar y brindar intervención psicológica al Asegurado.

RECETA U ORDEN MÉDICA. Documento escrito o digital emitido por un Médico General, Especialista o Subespecialista en el que se indican los medicamentos, dosis, vía de administración y duración del tratamiento requerido por el Asegurado. También puede solicitar estudios, procedimientos, terapias o servicios de salud específicos para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un Asegurado.

RECIÉN NACIDO O NEONATO. Niño(a) que se encuentra dentro de los primeros veintiocho (28) días de haber nacido.

RECLAMACIÓN. Aviso o comunicación que hace el Asegurado a Plan Seguro, informando que ha acontecido el(los) hecho(s) previsto(s) en el Contrato de Seguro.

SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA. Opinión médica a solicitud de Plan Seguro que permita valorar los hechos relacionados con el siniestro para determinar su procedencia o no. Esta valoración se efectuará por medio de un Médico Especialista en la materia que corresponda. Se otorga sin costo alguno para el Asegurado.

SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS. Conjunto de prescripciones e intervenciones destinadas a prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar una enfermedad, accidente, traumatismo o cualquier proceso patológico.

SIGNO. Manifestaciones que se detectan objetivamente mediante una exploración médica que indican que una persona tiene un Padecimiento.

SINIESTRO. Acontecimiento o hecho previsto en el Contrato de Seguro que puede ser Enfermedad, Accidente, Maternidad, u otro, así como las atenciones y acciones médicas derivadas de estos, que se presentan en determinado tiempo y lugar, puede ser imprevisto o programado, y que puede o no ser prevenido.

SÍNTOMA. Referencia subjetiva que da una persona sobre su estado de salud por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo.

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

SUMA ASEGURADA. Cantidad máxima que Plan Seguro pagará por Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, Endosos y/o Carátula de Póliza, durante la vida de la Póliza.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS. Relación del monto o porcentaje máximo establecido para cada procedimiento médico quirúrgico a consecuencia de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta y al tabulador de honorarios contratado y estipulado en su Carátula de Póliza. Aplica solamente en el Pago por Reembolso.

La Tabla de Honorarios Médicos 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 la página web www.planseguro.com.mx.

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. Cantidad máxima a cargo del Asegurado por cada Accidente y/o Enfermedad cubierta, misma que quedará indicada en la Carátula de la Póliza.

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

UMAM. Se refiere a la Unidad de Medida y Actualización Mensual que 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.

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.

UNITED STATES DOLLAR (USD). Referencia a la denominación específica de la moneda de los Estados Unidos de América, United States Dollar o Dólar Estadounidense (USD).

URGENCIA DENTAL. Condición que, sin poner en riesgo inmediato la vida, requiere atención odontológica en un plazo corto para evitar complicaciones.

VIDA DE LA PÓLIZA. 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.

ZONA DE TARIFICACIÓN. Región geográfica del territorio nacional asignada a la Póliza al momento de su contratación, con base en el domicilio declarado por el Contratante y/o Asegurado, y conforme a la cual se determina la prima correspondiente, considerando la variación regional en los costos de atención médica y hospitalaria. La Zona de Tarificación quedará indicada en la Carátula de la Póliza.

2. COBERTURAS BÁSICAS.

Tienen como objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del Asegurado, cuando con motivo de un Accidente, Enfermedad o Maternidad, se hayan afectado de conformidad con las presentes Condiciones, Carátula de la Póliza y/o Endosos correspondientes, hasta los límites establecidos en cada uno de ellos. Podrán utilizarse siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente y la cobertura de la Póliza se conserva en la medida en que se cubre el pago de la Prima pactada con motivo de su concertación.

2.1. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

a) EN CONSULTORIO

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por honorarios de consultas médicas ambulatorias en consultorio, hasta una (1) consulta por día y hasta el límite indicado en la Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos contratada, aplicando el coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza por consulta. El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General, Especialista y/o Subespecialista sin que exista alguna restricción en ese sentido.

Si el origen del padecimiento para el cual se requiere la consulta médica es derivado de un Siniestro aperturado o con diagnóstico definitivo, ésta estará cubierta bajo la Cobertura Consultas Médicas, apartado 2.9 de esta Cobertura Básica.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

Para el Pago Directo de esta cobertura se requiere un Pase Médico emitido previamente por Plan Seguro, mismo que se encontrará disponible en la siguiente dirección web: https://asegurado.planseguro.com.mx/ o bien, el Asegurado podrá solicitarlo vía Whatsapp al número 55 4011 9561. De no contar con dicho pase, se deberá tramitar el pago vía reembolso.

El Tabulador de Consultas Médicas Ambulatorias así como sus actualizaciones está disponible mediante el portal web www.planseguro.com.mx

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Consultas y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
b) Consultas y tratamientos para control de peso y/o de carácter estético.

c) Consultas y tratamientos de medicina física y/o rehabilitación.
d) Consultas y tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos.
e) Consultas realizadas a domicilio.
f) Medicamentos y tratamientos, aunque sean prescritos por el Médico Tratante, excepto lo indicado en el apartado 2.17 Medicamentos.

b) EN DOMICILIO

Se incluye concertación de cita con Médicos generales, en caso de Accidente y/o Enfermedad, cubriendo los primeros $400.00 (Cuatrocientos Pesos 00/100 M.N.) directo con el Médico, sin límite en el número de concertación de citas. **Aplica en lugares dentro del territorio nacional donde los Médicos estén en posibilidad de asistir.**

En caso de requerir el envío de Médicos Generales para consulta médica a domicilio en casos de COVID o de sospecha de COVID, el costo de la atención deberá ser cubierto en su totalidad por el Asegurado.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Consultas con Médicos Especialistas y/o Subespecialistas.
b) Consultas con Nutriólogos y/o Psicólogos.
c) Consultas y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
d) Consultas y tratamientos para control de peso y/o de carácter estético.
e) Consultas y tratamientos de medicina física y/o rehabilitación.
f) Consultas y tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos.
g) Envío de Médicos Generales para consulta médica a domicilio en casos de Emergencia Médica.
h) Envío de Médicos Generales para consulta médica a domicilio cuando la dirección se trate de una clínica, hospital o cualquier centro que preste estos servicios.
i) Medicamentos, aunque sean prescritos por el Médico Tratante, excepto lo indicado en el apartado 2.17 Medicamentos.

c) POR VIDEOLLAMADA

Se incluyen los servicios de orientación o asesoría con un Médico General por chat y/o videollamada. También se brindará para afecciones psicológicas y/o nutricionales.

Para asesoría u orientación médica general:

- El servicio es sin límite de sesiones.
- El servicio es únicamente para Atención de Primer Nivel como lo son la promoción de la salud, prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación y/o rehabilitación.
- El servicio se presta de manera ininterrumpida, veinticuatro (24) horas al día, trescientos sesenta y cinco (365) días al año.
- Se realizará un informe médico que estará disponible para el Asegurado en el portal web por el que se prestó el servicio de videollamada.
- En caso de resultar necesario, se expedirá una receta médica con los medicamentos e indicaciones sugeridas para el Asegurado.
  El costo de los medicamentos es a cargo del Asegurado y si así lo desea, puede registrarse en la plataforma a través de la página web www.planseguro.com.mx para tener acceso a los servicios de surtido de medicamentos a domicilio.

Para asesoría u orientación nutricional y/o psicológica:

- El servicio es por máximo una (1) sesión al día.
- El servicio es únicamente por previa cita, en un horario de lunes a viernes de 09:00 a 17:00 horas. En caso de algún cambio se comunicará a través de la página web www.planseguro.com.mx.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Asesoría u orientación médica en casos de Emergencia Médica.
b) Consultas de Médicos Especialistas y/o Subespecialistas.
c) Consultas y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
d) Consultas y tratamientos de medicina física y/o rehabilitación.
e) Consultas realizadas a domicilio.
f) Medicamentos, aunque sean prescritos por el Médico Tratante, excepto lo indicado en el apartado 2.17 Medicamentos.

2.2. CONSULTAS O SESIONES CON NUTRIÓLOGOS Y/O PSICÓLOGOS

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por consultas o sesiones de Nutriólogos y/o Psicólogos hasta una (1) consulta o sesión por día, por un límite de doce (12) sesiones anuales y hasta el límite por cada una indicado en la Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos contratada, aplicando el coaseguro estipulado en la Carátula de la

Póliza por sesión. El Asegurado podrá decidir si asiste a uno u otro, o si utiliza todas las sesiones con uno solo de los profesionales de salud enunciados sin que exista alguna restricción en ese sentido.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

Para el Pago Directo de esta cobertura se requiere un Pase Médico emitido previamente por Plan Seguro, mismo que se encontrará disponible en la siguiente dirección web: https://asegurado.planseguro.com.mx/ o bien, el Asegurado podrá solicitarlo vía Whatsapp al número 55 4011 9561. De no contar con con dicho pase, se deberá tramitar el pago vía reembolso.

El Tabulador de Consultas Médicas Ambulatorias así como sus actualizaciones está disponible mediante el portal web www.planseguro.com.mx

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Consultas y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
b) Consultas y tratamientos para control de peso y/o de carácter estético.
c) Consultas y tratamientos de medicina física y/o rehabilitación.
d) Consultas y tratamientos prescritos por Médicos Generales, Especialistas y/o Subespecialistas.
e) Consultas realizadas a domicilio.
f) Medicamentos y tratamientos, aunque sean prescritos por el Médico Tratante, excepto lo indicado en el apartado 2.17 Medicamentos.
g) Cualquier tratamiento, aunque sea prescrito por los profesionales de salud enunciados (Nutriólogo y/o Psicólogo).

2.3. ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIOS

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado, correspondientes a Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Gabinete que se enlistan a continuación, hasta el límite que se señale en la Carátula de Póliza y aplicando el Coaseguro estipulado en la misma:

1. Estudios de Laboratorio:
   - Biometría Hemática completa.
   - Proteína “C” Reactiva.

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

- Velocidad Sedimentación Globular.
- Grupo y Rh.
- Electrolitos Séricos.
- Química sanguínea (3, 6, 12, 24, 32 elementos).
- Hemoglobina Glicosilada.
- Coprocultivo.
- Coproparasitoscópio (Serie 1-3).
- Coprológico.
- Perfil tiroideo.
- Perfil hepático.
- Perfil renal.
- Perfil de lípidos.
- Perfil hormonal.
- Perfil TORCH.
- Electrocardiograma.
- Examen general de orina.
- Urocultivo.
- Urológico.
- Reacciones febriles.
- Inmunoglobulinas séricas (IgA, IgE e IgM).
- Eosinófilos en moco nasal.
- Pruebas cutáneas, RASH cutáneo.

2. Estudios de Gabinete:
   - Radiografías simples de cualquier región anatómica.
   - Ultrasonidos de cualquier región anatómica. Se deben realizar en forma ambulatoria en Hospitales, Clínicas y Sanatorios en convenio con Plan Seguro, siempre y cuando sean indicados por el Médico Tratante y se debe entregar a Plan Seguro el Informe Médico preliminar debidamente requisitado y/o receta u orden médica del Médico Tratante.

3. Se cubren los gastos erogados por el Asegurado respecto a estudios de Tomografía Axial Computarizada Simple y/o Contrastada, siempre que sean indicados por el Médico Tratante mediante Informe Médico debidamente requisitado y/o receta u orden médica.

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

Para cubrir estos gastos deberán presentarse las correspondientes recetas u órdenes médicas en donde se indiquen los estudios solicitados por el Médico Tratante, ya sean Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Gabinete, y se aplicará el Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza.

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes correspondientes a una Categoría Hospitalaria distinta a la contratada, se aplicará un Coaseguro adicional de quince (15) puntos porcentuales.

Para el Pago Directo de esta cobertura se requiere un Pase Médico emitido previamente por Plan Seguro, mismo que se encontrará disponible en la siguiente dirección web: https://asegurado.planseguro.com.mx/ o bien, el Asegurado podrá solicitarlo vía Whatsapp al número 55 4011 9561. De no contar con dicho pase, se deberá tramitar el pago vía reembolso.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el control del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.
b) Consultas estudios y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
c) Consultas, estudios o tratamientos para control de peso y/o de carácter estético.
d) Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación, excepto en lo expresamente cubierto en esta Cobertura.
e) Estudios de Alta Especialidad.
f) Estudios que no tengan el objetivo de prevenir, detectar o diagnosticar alguna Enfermedad.
g) Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.
h) Estudios y/o pruebas especializadas de diagnóstico molecular en cáncer.

2.4. FISIOTERAPIA PREVENTIVA

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por una (1) sesión de Fisioterapia Preventiva por Año Póliza y por Asegurado, hasta el monto que se indica en la Carátula de la Póliza; sólo si el Asegurado presenta alguno(s) de los siguientes síntomas, puede ser sujeto al otorgamiento del servicio:

- Factores de riesgo funcional sin diagnóstico de patología estructural activa.
- Alteraciones biomecánicas o desbalances musculares sin lesión documentada.
- Limitaciones leves de movilidad sin daño anatómico identificado.
- Riesgos derivados de actividad laboral o hábitos posturales.
- Sobrecarga funcional asociada a la Práctica Deportiva No Profesional.

Esta sesión está orientada a la evaluación funcional e integral del sistema musculoesquelético, educación preventiva, corrección biomecánica y fortalecimiento general, con la finalidad de reducir el riesgo de patología estructural en cualquier región anatómica por lo que es previa a la existencia de diagnóstico de Enfermedad o Padecimiento alguno, de lo contrario se considera una exclusión a la Póliza.

Este servicio debe ser notificado y autorizado por Plan Seguro para poder ser utilizado por lo que no aplica Pago vía Reembolso.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Terapia física prescrita por Médicos Generales y/o Médicos Especialistas y/o Subespecialistas para el tratamiento de un Padecimiento diagnosticado.
b) Terapia física cuando exista diagnóstico médico de lesión musculoesquelética o Enfermedad.
c) Terapia física con fines de tratamiento, rehabilitación o control de Enfermedad Preexistente o adquirida.
d) Terapia física con la finalidad de optimización del rendimiento deportivo.
e) Neurorehabilitación.
f) Inhaloterapia.
g) Terapias de estimulación temprana, rehabilitación cognitiva, aprendizaje, lenguaje, vocacionales, recreativas y/u ocupacionales.

2.5. DENTAL MÁS

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

TRATAMIENTO

- Una (1) Revisión y diagnóstico
- Dos (2) Limpiezas con flúor opcional
- Una (1) Serie radiográfica de 18 (Rx)

TRATAMIENTO RESTAURATIVO BÁSICO

- Dos (2) Resinas

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Tratamientos no especificados en este plan.

2.6. DAÑO PSIQUIÁTRICO

Se cubre el tratamiento psiquiátrico, siempre y cuando se cuente con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico Psiquiatra y el Asegurado lo requiera única y exclusivamente a consecuencia de las siguientes Enfermedades cubiertas:

- Cáncer de cualquier tipo,
- Enfermedad cerebrovascular,
- Infarto agudo al miocardio,
- Insuficiencia renal crónica, y
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Además, se cubre el tratamiento psiquiátrico si mediante la presentación de la denuncia iniciada ante el Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:

- Asalto y/o robo con violencia,
- Secuestro o
- Violación.

Los gastos cubiertos del tratamiento psiquiátrico son:

a) Honorarios Médicos Quirúrgicos del Médico Psiquiatra de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, como consulta con un especialista por un máximo de veinticuatro (24) consultas durante un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta por cualquiera de los eventos mencionados en los párrafos anteriores.

b) Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, siempre que sean prescritos por el Médico Psiquiatra.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Los padecimientos preexistentes declarados o las complicaciones o secuelas de estos.
b) Cualquier gasto complementario cuya fecha de ocurrencia sea posterior a un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica cubierta por Plan Seguro.
c) Los Honorarios Médicos Quirúrgicos y los medicamentos necesarios, cuando el tratamiento psiquiátrico no sea consecuencia de los eventos mencionados en la presente Cobertura.

2.7. ACCIDENTE DE RODILLA

Si el accidente de rodilla ocurre dentro de los primeros veinticuatro (24) meses de cobertura en la presente Póliza, quedará a cargo del Asegurado el Deducible estipulado en la Carátula de Póliza, y un Coaseguro de 50 % con un Tope Máximo de Coaseguro equivalente al estipulado en la Carátula de la Póliza adicionando un 50 %.

Transcurrido este periodo de veinticuatro (24) meses de cobertura, aplicará el Coaseguro y Tope Máximo de Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza.

En este caso no se aplicará la disminución de Deducible y Coaseguro descritos en el apartado de Hospital Smart.

No aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías ni la Eliminación de Coaseguro por Accidente.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio necesario para acreditar el siniestro.

2.8. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Se cubren los gastos de transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea médicamente indispensable para el traslado del Asegurado derivado de un Accidente y/o

Enfermedad Cubierta. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada, debiendo pagar Coaseguro de 25%.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente, en caso de haberlas contratado.

2.9. CONSULTAS MÉDICAS

Se cubren los honorarios por consultas médicas en consultorio, hospitalarias o en domicilio con motivo de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, quedando amparados con un máximo de una (1) consulta por día y hasta el límite indicado en el Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

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

2.10. CONSUMO DE OXÍGENO

Se cubren los gastos por Consumo de Oxígeno, siempre que sea necesario para el tratamiento del padecimiento cubierto, ya sea dentro o fuera del Hospital.

2.11. ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Serán cubiertos los honorarios médicos hasta la Suma Asegurada contratada o hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero.

2.12. GASTOS HOSPITALARIOS

Los gastos médicos erogados serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza, aplicando el Deducible y Coaseguro contratados y las restricciones o limitantes establecidas para cada uno.

En aquellos padecimientos que cuenten con Periodo de Espera específico, la cobertura iniciará una vez transcurrido dicho plazo conforme a lo estipulado en el apartado correspondiente.

Asimismo, cuando un tratamiento o procedimiento se encuentre sujeto a Segunda Valoración Médica, será requisito indispensable contar con dicha valoración y la autorización correspondiente de Plan Seguro para que el gasto sea procedente.

Se cubren los gastos dentro del Hospital por los siguientes conceptos, siempre que sean necesarios para la atención del Asegurado a causa de un Accidente o Enfermedad cubierta, hasta la Suma Asegurada contratada:

- Habitación privada estándar y alimentos.

- Atención general de Enfermeras.
- Materiales de curación consumidos dentro del Hospital y que tengan relación directa con el tratamiento derivado del Accidente o Enfermedad cubierta.
- Uso de quirófano y/o sala de operaciones, sala de recuperaciones y sala de curaciones con los usos de sus correspondientes equipos y aparatos de Endoscopía, Colonoscopía, Artroscopia, Laparoscopía y Electrofisiología **siempre y cuando sean facturados a través del Hospital.**
- Estancia en el área de Terapia Intermedia y/o Terapia Intensiva hasta la Suma Asegurada contratada o hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero.
- Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el Hospital, previa autorización de Plan Seguro.

En caso de que el Asegurado decida acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Clasificación Hospitalaria contratada, además del Coaseguro contratado, pagará quince (15) puntos porcentuales adicionales sobre los gastos cubiertos. Lo anterior aplicará tanto por Enfermedad como por Accidente, independientemente de que el Médico y el Hospital tengan o no convenio con Plan Seguro.

Además, no aplica el Tope Máximo de Coaseguro.

2.13. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

Se cubren los honorarios del Cirujano hasta la Suma Asegurada contratada y de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, siempre que el Asegurado requiera de intervención quirúrgica y utilizando el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en dicha tabla, hasta el monto máximo indicado.

Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias.

Las intervenciones quirúrgicas, atenciones y procedimientos realizados que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos se valuarán por similitud a los comprendidos en ésta.

Cuando en una misma sesión quirúrgica el mismo cirujano practique dos (2) o más operaciones en una misma incisión, se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando los porcentajes estipulados en la Tabla de Honorarios Médicos 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 % de lo estipulado en el Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos. Si se requiere la intervención de otro Cirujano, los honorarios de éste serán cubiertos al 100 % de lo marcado en dicha Tabla de Honorarios Médicos 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) horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior.

Cuando se requiera la intervención de dos (2) 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 con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos para cada cirujano en forma individual.

Para el resto del personal médico, se cubren sus honorarios conforme a lo siguiente:

- Anestesiólogo hasta 30% de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.
- Primer Ayudante hasta 20% de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.
- Segundo Ayudante hasta 10% de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.
- Instrumentista únicamente para intervenciones cardiovasculares que requieran bomba extracorpórea hasta 4% de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

2.14. HONORARIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO

Se cubren los honorarios de enfermera a domicilio, siempre y cuando el Asegurado requiera de la asistencia especial a domicilio, la naturaleza del padecimiento lo amerite y sea indicado por el Médico Tratante, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada con un máximo de sesenta (60) días, tres (3) turnos diarios de ocho (8) horas cada turno por Asegurado por vigencia, previa autorización de Plan Seguro.

Para efectos de esta cobertura, únicamente serán procedentes los honorarios de personal de enfermería que cuente con cédula profesional legalmente expedida y que realice funciones propias de su formación.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Servicios de asistencia personal, compañía y vigilancia.

b) Servicios cuya finalidad principal sea el apoyo en actividades básicas de la vida diaria tales como alimentación, higiene personal,

movilidad, acompañamiento o supervisión, cuando no impliquen cuidados clínicos o terapéuticos propios de la enfermería.

2.15. USO O RENTA DE ROBOT

Se cubren los procedimientos quirúrgicos asistidos por robot hasta cien (100) UMAM por procedimiento incluyendo la asistencia técnica especializada y los consumibles específicos del robot (en caso de estar desglosados). Los demás gastos médicos relacionados se cubrirán conforme a las Condiciones Generales. **Se podrá utilizar una vez por Año Póliza, por Asegurado y siempre que el procedimiento cumpla con los Periodos de Espera y, en su caso, con la Segunda Valoración Médica que resulte aplicable conforme a estas Condiciones Generales, así como, con los protocolos médicos vigentes establecidos conforme a la normatividad aplicable.**

2.16. ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA

Se cubren los gastos por estudios de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un Accidente o Enfermedad cubierta, 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 vía reembolso, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes correspondientes a una Clasificación Hospitalaria distinta a la contratada, se aplicará un Coaseguro de quince (15) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado.

2.17. MEDICAMENTOS

Se cubren los gastos de medicamentos consumidos dentro del Hospital y que tengan relación directa con el tratamiento derivado del Accidente y/o Enfermedad cubierta.

Para los medicamentos adquiridos fuera del Hospital o Sanatorio, se cubren los gastos siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante y se anexe la factura original de la farmacia, la receta expedida por el Médico Tratante y tenga relación directa con el Accidente y/o Enfermedad cubierta.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) **Suplementos alimenticios, vitamínicos y/o cosméticos.**
b) **Soluciones, líquidos y/o estuches especiales para lentes.**
c) **Medicamentos sin prescripción médica.**
d) **Medicamentos que no sean medicamente necesarios.**
e) **Medicamentos experimentales o no autorizados por COFEPRIS.**
f) **Medicamentos no comercializados en México, aunque cuenten con el registro correspondiente ante COFEPRIS.**
g) **Medicamentos prescritos durante el Periodo de Espera del Padecimiento relacionado.**

2.18. OZONOTERAPIA

Se cubren hasta veinte (20) sesiones por Padecimiento indicado en la Carátula de la Póliza, con tope de Suma Asegurada de una (1) UMAM máxima por cada sesión.

2.19. ACCIDENTES DE NARIZ O SENOS PARANASALES

Se cubren los gastos erogados por tratamientos médicos y quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales a consecuencia de un accidente, siempre y cuando el Asegurado presente los estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como la documentación médica que acredite la atención que recibieron.

Esta cobertura operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y con Coaseguro de 50%.

2.20. TRATAMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS EN ÁREAS DE CORTA ESTANCIA

Se cubren los tratamientos médicos quirúrgicos en áreas de corta estancia o en hospitalización menor o igual a veinticuatro (24) horas, siempre y cuando se rebase el Deducible contratado y se cuente con un diagnóstico definitivo, pagando el Deducible y Coaseguro correspondiente estipulado en la Carátula de Póliza.

2.21. PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL

Se cubren los gastos que resulten del uso, renta y/o colocación de los conceptos enlistados que se requieran a causa de un Accidente o Enfermedad cubierta, hasta la Suma Asegurada contratada o hasta la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza para esta cobertura, lo que sea menor aplicando el Coaseguro establecido en la Póliza:

- Endoprótesis
- Injertos.
- Marcapasos.
- Material de osteosíntesis.
- Neuroestimuladores.

- Prótesis.
- Prótesis dental a consecuencia de un Accidente.
- Prótesis valvular cardíaca.
- Renta o compra (esta última previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, u otros aparatos semejantes).

Los límites establecidos para esta Cobertura serán amparados por Padecimiento y serán re instalables en cada vigencia de la Póliza.

Para los casos de adquisición se aplicará una Segunda Valoración Médica y será necesaria la autorización de Plan Seguro para realizar el gasto.

2.22. REEMBOLSO DE TRATAMIENTOS DE QUIROPRÁCTICOS

Se cubren los tratamientos realizados por quiroprácticos con cédula profesional hasta veinte (20) consultas por Accidente y/o Enfermedad cubierta, vía reembolso y de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

2.23. SESIONES DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Se cubren los gastos por sesiones de rehabilitación y fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el Médico Tratante con un máximo de seis (6) meses o sesenta (60) sesiones por Padecimiento, lo que ocurra primero. Para el caso de Padecimientos Congénitos se cubrirán con un máximo de seis (6) meses o noventa (90) sesiones, lo que ocurra primero.

El pago que por este concepto resulte procedente se realizará vía reembolso de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

2.24. TRANSFUSIONES DE SANGRE Y SUS HEMODERIVADOS

Se cubren para el Asegurado las transfusiones de sangre y/o sus hemoderivados que sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad cubierta.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Los gastos erogados por el donador.

b) Los siguientes gastos relacionados con transfusiones de sangre:

- **ABO y Rh (pruebas para identificar el grupo sanguíneo Rh de los donadores).**
- **PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD (prueba cruzada que se realiza entre la sangre del paciente y la sangre que se tiene en el Banco**

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

de Sangre con el fin de determinar que puede ser empleada para transfusión).

- **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).**
- **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).**

2.25. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se cubren los gastos erogados del receptor hasta la Suma Asegurada contratada de la Póliza, aplicando Deducible y Coaseguro contratados.

Se cubren los gastos erogados del donante en el acto quirúrgico de la donación por trasplante de órganos, las pruebas de compatibilidad del donante definitivo, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de doscientos (200) UMAM, afectando la Póliza del receptor.

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

a) Corazón
b) Pulmón
c) Hígado
d) Riñón
e) Médula ósea

Si se trata de un donador cadavérico, se cubrirán únicamente los gastos por el resguardo y traslado del órgano, vía reembolso.

Quedan cubiertos los trasplantes de célula madre para tratamientos de leucemia, linfomas y enfermedades hematopoyéticas, de acuerdo con las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network, **siempre y cuando no sean considerados experimentales (no aprobadas por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano).**

De acuerdo con la Ley Mexicana, la donación de órganos, tejidos y células son altruistas, por lo que la Compañía no compra órganos, tejidos, ni células.

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. | **www.planseguro.com.mx**

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) **Los gastos por complicaciones y/o secuelas para el donador.**
b) **Los gastos pre y postquirúrgicos como: cualquier tratamiento médico o quirúrgico efectuado al donante vivo, posterior al trasplante y cualquier complicación del donante vivo derivada del evento, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.**
c) **Los gastos de los candidatos a donación.**
d) **El Asegurado deberá cumplir con el protocolo para el trasplante, apegándose a lo establecido por el Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud (CENATRA), debiendo acreditar a Plan Seguro, su cumplimiento, de lo contrario, no serán cubiertos los gastos erogados por Trasplante de ningún tipo.**

2.26. TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

Se cubren los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia a consecuencia de una Enfermedad cubierta, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, siempre que sean necesarios e indicados por el Médico Tratante.

En el caso de quimioterapia, los honorarios médicos estarán cubiertos cuando el tratamiento sea administrado durante una hospitalización. **Cuando la quimioterapia se realice de manera ambulatoria en centros de infusión o establecimientos similares, no se cubrirán honorarios médicos, sin perjuicio de la cobertura de otros gastos procedentes conforme a las condiciones de la póliza.**

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

Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten estudios diagnósticos donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de suma asegurada de veinticuatro (24) UMAM.

No aplica Deducible y Coaseguro.

2.28. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

Se cubren los gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**, hasta la Suma Asegurada de la Póliza, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y que resulten indispensables para la

recuperación de la función. Se requiere que el Asegurado presente estudios, diagnósticos y fotografías donde se haga constar el daño causado.

2.29. ALIMENTACIÓN PARENTERAL

Se cubre la alimentación parenteral hasta un límite de sesenta (60) días por Accidente y/o Enfermedad cubierta.

2.30. REEMBOLSO DE SESIONES DE CÁMARA HIPERBÁRICA

Se cubren vía reembolso los gastos por concepto de cámara hiperbárica hasta diez (10) sesiones con un Coaseguro de 40% para cada sesión, siempre y cuando estén indicadas por el Médico Tratante **y no se realicen con fines estéticos.**

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional para acreditar que es médicamente necesario.

2.31. CIRCUNCISIÓN

Se cubren los gastos erogados hasta el límite de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza, por concepto de circuncisión profiláctica **sin aplicar Deducible y Coaseguro.** Será cubierta únicamente para los nacidos durante la vigencia de la Póliza que se hayan dado de alta conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

2.32. EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se cubren los equipos externos para aplicación de medicamentos, previa autorización de Plan Seguro.

2.33. EXPANSORES MAMARIOS

Se cubren los expansores mamarios y/o prótesis mamarias, siempre y cuando se requiera como parte del tratamiento reconstructivo con motivo del padecimiento de cáncer de mama siempre que éste haya sido cubierto por Plan Seguro, así como cualquier complicación derivada de la colocación de éstos.

2.34. CIRUGÍA PROFILÁCTICA

Se cubren los gastos por cirugía profiláctica para cáncer de mama, siempre y cuando el órgano contralateral haya sido diagnosticado con cáncer y éste haya sido cubierto por Plan Seguro.

2.35. REEMBOLSO DE TRATAMIENTOS DE HOMEÓPATAS

Se cubren vía Reembolso, los honorarios por consultas de homeópatas con cédula profesional en consultorio con un máximo de una (1) consulta por día y hasta quince (15)

consultas por vigencia, con un límite de 0.3 UMAM por consulta a causa de un Accidente y/o Enfermedad cubierta.

2.36. PRUEBA DE VIH

Se cubre la prueba de VIH siempre y cuando sea prescrita por el Médico Tratante y solamente en los casos que se requiera como parte del protocolo preoperatorio con previa autorización de Plan Seguro.

Lo anterior no modifica la Cobertura de VIH prevista en el apartado Gastos Cubiertos con Periodos de Espera después de transcurridos cuarenta y ocho (48) meses de vigencia.

2.37. PTOSIS PALPEBRAL

Se cubre el tratamiento médico y/o quirúrgico con el fin de corregir la ptosis palpebral, previa valoración y autorización por Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Cuando se trate de un procedimiento estético.

2.38. TOXINA BOTULÍNICA

Se cubre el uso de toxina botulínica, así como su aplicación con fines terapéuticos.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Cuando se trate de un procedimiento estético.

2.39. REEMBOLSO DE VACUNAS

Se encuentran cubiertas vía reembolso las siguientes vacunas a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta siempre y cuando se requieran para cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico, sean prescritas por el Médico Tratante y se anexe la receta expedida por el Médico:

a) Vacunas antirrábicas.
b) Vacunas de tipo inmunoalérgicas, así como de desensibilización inmunológica.

Ambos tipos de vacunas estarán cubiertas hasta un tope de Suma Asegurada señalada en la Carátula de Póliza por Asegurado, por vigencia.

No aplica Deducible y Coaseguro.

2.40. TRATAMIENTO SUJETO A SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA

Plan Seguro podrá solicitar una Segunda Valoración Médica para determinar la procedencia o no de la reclamación, si el tratamiento solicitado por el Asegurado es alguno de los siguientes:

Cirugía General
- Hernias abdominales
- Hernias inguinales

Oftalmología
- Cirugía de cataratas
- Retinopatías

Otorrinolaringología
- Cirugía de nariz y/o cornetes

Cardiología
- Reemplazos valvulares
- Colocación de marcapasos definitivos
- Colocación o retiro de dispositivos de apoyo ventricular u oclusores
- Valvuloplastia
- Revascularización coronaria
- Ablación intracardiaca por arritmia
- Cirugía de padecimientos congénitos cardiológicos

Traumatología y Ortopedia
- Reintervenciones quirúrgicas
- Intervenciones quirúrgicas que soliciten prótesis, material de osteosíntesis, materiales biológicos y/o injertos
- Cirugías de columna, cadera y/o rodilla
- Cirugía refractiva
- Uso de robot

2.41. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

a) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ (10) MESES

Se cubren los gastos que se eroguen después de transcurridos diez (10) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurada, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos que a continuación se enuncian.

- Parto y cesárea desde el ingreso hasta el alta hospitalaria de la Asegurada, incluyendo los honorarios de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos

que corresponda, sin aplicar Deducible y Coaseguro y hasta la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de Póliza.

En caso de contratación de la cobertura opcional Atención Médica en el Extranjero, se cubre solo vía Pago por Reembolso.

No aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Gastos anteriores o posteriores al parto o cesárea, tales como consultas médicas, medicamentos, cualquier tipo de estudio y/o procedimiento no mencionado en la cobertura.

- Aborto y legrados uterinos, siempre que sea indicado por el Médico Tratante y esté en riesgo la vida o la integridad de la Asegurada, sin aplicar Deducible y Coaseguro y hasta la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de Póliza.

No aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

- Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio enunciadas a continuación, incluyendo los honorarios de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos que corresponda, aplicando el Deducible y Coaseguro contratados y hasta la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de Póliza:
  - Embarazo ectópico o 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
  - Incompetencia del istmo cervical

No aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. | **www.planseguro.com.mx**

b) Las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos para infertilidad o esterilidad.

- Padecimientos congénitos siempre que el recién nacido se haya dado de alta conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales y la madre esté Asegurada en la Compañía y cumpla con el periodo de espera descrito.

No aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

b) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES

Se cubren los gastos médicos que se eroguen después de transcurridos doce (12) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos que a continuación se enuncian:

- Amigdalectomía y adenoidectomía
- Eventraciones y hernias de cualquier tipo
- Hemorroides y cualquier padecimiento anorectal
- Colecistitis, litiasis en vesícula y/o vías biliares
- Cálculos de riñón y/o vías urinarias
- Insuficiencia venosa periférica y profunda, varicocele y várices
- Hiperplasia benigna de la próstata y/o prostatectomía
- Enfermedad ácido-péptica (gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico)
- Enfermedad diverticular y/o pólipos
- Padecimientos de nariz o senos paranasales, con un Coaseguro de 50%; **los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología previamente a la cirugía, de lo contrario no será cubierta.**
  No aplica Tope Máximo de Coaseguro y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente, en caso de haberlas contratado.
- Lipomas o tumores benignos de cualquier región.
- Osteoporosis (hasta diecisiete (17) UMAM por vigencia, **no aplica Deducible y Coaseguro**).
- Cirugía refractiva para corregir los problemas de miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía siempre que el Asegurado tenga una deficiencia visual mayor o igual a cinco (5) dioptrías en cada ojo, previa presentación de los estudios avalados por un Médico Oftalmólogo que confirmen dicha deficiencia, Plan Seguro podrá solicitar una Segunda Valoración Médica con el Médico que Plan Seguro determine. **Esta Cobertura se otorga por única vez durante la vida del Asegurado independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos con una Suma Asegurada de diez (10) UMAM, no aplica Deducible y Coaseguro.**

Para los procedimientos y padecimientos previamente señalados, no aplica el Periodo de Espera siempre y cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica.

Para los procedimientos y padecimientos previamente señalados, aplica el Reconocimiento de Antigüedad.

c) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS VEINTICUATRO (24) MESES

Se cubren los gastos médicos que se eroguen después de transcurridos veinticuatro (24) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos que a continuación se enuncian:

- Cataratas.
- Padecimientos relacionados con el piso perineal.
- Hallux valgus (juanetes).
- Prolapsos de cualquier tipo.
- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos de la columna vertebral.
- Esclerosis Múltiple, Se cubre con una suma asegurada de 560 UMAM o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.
- Accidente Cerebro Vascular, Se cubre con una Suma Asegurada de 420 UMAM o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.
- Padecimientos de rodilla.
- Hepatitis C, Se cubre con una Suma Asegurada de 280 UMAM o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.
- Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza. Siempre que el inicio de los síntomas ocurra dentro de la vigencia de la póliza y no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de Alta o de Reconocimiento de Antigüedad del Asegurado en la Póliza, se cubren con una Suma Asegurada de 140 UMAM o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.
- Padecimientos preexistentes declarados en la Solicitud y Cuestionario. **Plan Seguro se reserva el derecho de la aceptación o rechazo de los mismos y en caso de aceptación, Plan Seguro emitirá el Endoso correspondiente. No aplica el Reconocimiento de Antigüedad.**

d) DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO (48) MESES

Se cubren los gastos que se eroguen después de transcurridos cuarenta y ocho (48) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos que a continuación se enuncian:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Cáncer. Se cubren los gastos que se eroguen después de transcurridos cuarenta y ocho (48) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos de cáncer. Sin embargo, si dentro de los de los primeros ciento ochenta (180) días de vigencia de la póliza con Plan Seguro, el Asegurado no presenta signos y síntomas relacionados con algún cáncer, el periodo de espera será sólo de veinticuatro (24) meses contados a partir del inicio de vigencia de la presente póliza.

  El periodo de espera de cuarenta y ocho (48) meses, se verá disminuido o eliminado de acuerdo al periodo de Antigüedad reconocido por Plan Seguro. De la misma manera el periodo de espera de veinticuatro (24) meses se verá disminuido o eliminado de acuerdo al periodo de Antigüedad reconocido por Plan Seguro para aquellos Asegurados que, dentro de los de los primeros ciento ochenta (180) días de vigencia de la póliza con Plan Seguro, no presentan signos y síntomas relacionados con algún cáncer.

2.42. PROCEDIMIENTOS CON LÍMITE EN GASTOS HOSPITALARIOS

Para los siguientes procedimientos quirúrgicos y/o tratamientos médicos, la cobertura de los gastos hospitalarios quedará sujeta a un límite máximo por siniestro y hasta la Suma Asegurada contratada o el límite establecido, lo que resulte menor. El resto de las condiciones permanece sin cambios:

Neoplasias
- Cirugía oncológica por órgano (resecciones estándar), hasta 170 UMAM.
- Quimioterapia sistémica (sesiones estándar), hasta 1,330 UMAM por sesión.
- Radioterapia (paquete de sesiones), hasta 1,330 UMAM por paquete.

Circulatorio(cardíaco)
- Cateterismo cardíaco diagnóstico, hasta 60 UMAM.
- Angioplastia con stent (1 a 3 arterias), hasta 250 UMAM (2 stents) y 280 UMAM (3 stents).
- Bypass coronario (incluye bomba de circulación extracorpórea), hasta 450 UMAM.
- Reemplazo valvular cardíaco (implante o recambio), hasta 400 UMAM.
- Ablaciones cardiacas (incluye equipo), hasta 320 UMAM.
- Colocación de marcapasos (incluye marcapasos), hasta 120 UMAM.
- Implantes valvulares, hasta 420 UMAM.

Digestivo
- Apendicectomía, hasta 40 UMAM.
- Colecistectomía, hasta 45 UMAM.

- CPRE, hasta 25 UMAM.
- Endoscopia digestiva alta y baja, hasta 3 UMAM.
- Hernioplastías [sujeto a Segunda Valoración Médica], hasta 25 UMAM.
- Funduplicatura (sin malla), hasta 25 UMAM.
- Hemorroidectomía, hasta 40 UMAM.
- Nefrectomía, hasta 50 UMAM.

Osteomuscular
- Cirugía de columna (incluye materiales y neuromonitoreo), hasta 280 UMAM.
- Artroplastía mayor (cadera, rodilla, hombro), hasta 125 UMAM (incluye materiales de osteosíntesis e injerto) o hasta 150 UMAM (incluye prótesis).
- Reducción abierta y fijación interna con osteosíntesis (humero, cúbito, radio, fémur, tibia, peroné), hasta 30 UMAM.

Renal/Urinario
- Hemodiálisis, hasta 1 UMAM por sesión.
- Resección prostática endoscópica (RTUP/HOLEP), hasta 40 UMAM.
- Litotricias endoscopias del tracto urinario, hasta 15 UMAM.

Ginecología
- Histerectomía, hasta 50 UMAM.
- Ooferectomía, hasta 50 UMAM.
- Mastectomía, hasta 50 UMAM.

Oftalmología
- Facoemulsificaciones (incluye lente intraocular), hasta 20 UMAM.

Otorrinolaringología
- Rinoplastia funcional, hasta 20 UMAM.
- Rinoseptoplastia funcional, hasta 20 UMAM.
- Septoplastia funcional, hasta 15 UMAM.
- Amigdalectomía, hasta 20 UMAM.
- Adenoidectomía, hasta 20 UMAM.
- Adenoamigdalectomía, hasta 20 UMAM.

Oncológicos
- Cáncer de pulmón, hasta 1,500 UMAM
- Cáncer de colón, hasta 1,500 UMAM
- Cáncer de ovario, hasta 1,500 UMAM
- Cáncer de próstata, hasta 1,500 UMAM

- Linfomas, hasta 1,500 UMAM
- Leucemia, hasta 1,500 UMAM

Para efectos del presente inciso, se entenderá por gastos hospitalarios aquellos enunciados en el incido b de la cobertura Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad.

El sublímite aplicará únicamente a los gastos hospitalarios y no será aplicable a los honorarios médicos, los cuales se cubrirán conforme a lo estipulado en la Póliza.

En caso de que durante la atención del procedimiento cubierto se presente una complicación médica debidamente acreditada, el sublímite dejará de aplicar respecto de los gastos hospitalarios derivados directamente de dicha complicación, cubriéndose conforme a lo señalado en estas Condiciones Generales.

La aplicación del sublímite no implica reducción de la Suma Asegurada general contratada, sino que constituye un límite específico para los gastos hospitalarios de los procedimientos señalados.

3. EXCLUSIONES GENERALES.
La Póliza en ningún caso y en ninguna circunstancia cubre los gastos que se originen por:

1. **Padecimientos preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro, así como los mencionados como excluidos en estas Condiciones Generales, Endosos y/o Cláusulas Generales.**
2. **La hospitalización, tratamiento médico y/o quirúrgico, por lesiones o enfermedades producidas en servicio militar y policiaco de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por la participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
3. **La hospitalización y otros gastos hospitalarios con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, exámenes y/o estudios especiales que puedan ser efectuados en forma ambulatoria, aun cuando exista indicación médica expresa.**

4. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinfligida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan por alteraciones mentales, psicológicas o trastornos psiquiátricos.
6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.
7. Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la Práctica Deportiva Profesional.
8. Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de su participación en cualquier campeonato deportivo avalado por Federaciones Nacionales o Internacionales, y/o en exhibiciones de cualquier deporte.
9. La hospitalización, tratamiento quirúrgico y gastos hospitalarios ocasionados por trastornos de enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones y/o causas clínicas.
10. Cualquier lesión o padecimiento que resulte a consecuencia del estado de ebriedad, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un Médico y utilizados correctamente de acuerdo con las indicaciones de este, y el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.
11. La hospitalización, tratamiento quirúrgico y/u otros gastos hospitalarios ocasionados por: infertilidad, esterilidad, disfunción sexual, secuelas derivadas de procedimientos de carácter estético o plástico también relacionados con calvicie, implantes de cualquier tipo, gorro DigniCap, bomba para disfunción eréctil, menopausia, climaterio, tabaquismo u osteoporosis, independientemente de que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.
12. Servicios de enfermería extra o adicionales a los expresamente cubiertos en estas Condiciones Generales.

13. Servicios de enfermería a domicilio cuando no sean recomendados por el Médico Tratante.
14. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización, excepto aquellos que se encuentran expresamente cubiertos en estas Condiciones Generales.
15. Servicios de asistencia personal, compañía y vigilancia; así como los servicios cuya finalidad principal sea el apoyo en actividades básicas de la vida diaria tales como alimentación, higiene personal, movilidad, acompañamiento o supervisión, cuando no impliquen cuidados clínicos o terapéuticos propios de la enfermería.
16. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos, excepto aquellos que se encuentran expresamente cubiertos en estas Condiciones Generales.
17. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza, así como las complicaciones de éstas, salvo las expresamente cubiertas en estas Condiciones Generales.
18. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloide.
19. La hospitalización y/o tratamientos médicos quirúrgicos, complicaciones o secuelas derivadas de procedimientos para el manejo de la obesidad, calvicie, reducción de peso, cirugía bariátrica, bypass gástrico, banda gástrica, anorexia, bulimia, tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
20. Gastos ocasionados por diástasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.
21. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones, padecimientos congénitos, así como las complicaciones o secuelas de los Asegurados.
22. Curas de reposo.
23. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.
24. 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.
25. Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales.

26. 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*.
27. 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 o Preexistentes.
28. Los honorarios médicos, cuando el Médico sea familiar directo (cónyuge o concubinario(a), padres, hijos y hermanos) del Asegurado o el mismo Asegurado.
29. La hospitalización, tratamiento médico y/o quirúrgico por lesiones pigmentarias de la piel con fines estéticos como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica, acné, cuperosis, así como los tratamientos con base en Hipnosis, Crioterapias y Quelaciones.
30. Cualquier tipo de cirugía profiláctica, así como sus complicaciones, excepto aquellas que se encuentran expresamente cubiertas en estas Condiciones Generales.
31. Los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Accidente y/o Enfermedad cubierta cualquiera que sea su causa.
32. Tratamientos de acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina Alternativa.
33. Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con el Accidente y/o Enfermedad reclamada, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal.
34. Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía, ginecomastía y cualquiera de las complicaciones de éstas.

35. Epidemias y/o Pandemias, declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
36. Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
37. Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
38. Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado en estos actos delictuosos intencionales.
39. Responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los prestadores.
40. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto.
41. Cualquier gasto erogado en cualquier Periodo de Espera.
42. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de Accidente y/o Enfermedad cubierta.
43. Gastos personales, así como cualquier gasto erogado por el acompañante.
44. Medicamentos: benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos tratamientos psiquiátricos independientemente de su causa, excepto los cubiertos en estas Condiciones Generales.
45. 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.
46. Cualquier tratamiento y/o procedimiento relacionado con el cambio o modificación de sexo, así como todos los padecimientos, las secuelas o complicaciones que pudieran derivar del mismo.
47. Vacunas, excepto aquellas que se encuentran expresamente cubiertas en estas Condiciones Generales.
48. Sesiones de fisioterapia cuyo fin sea distinto al descrito en la cobertura 2.2.4. o no cumpla con lo estipulado en la cobertura 2.2.23.

49. Cualquier Padecimiento de nariz o senos paranasales cuando el Asegurado no presente los estudios de imagenología previo a realizarse la cirugía.

4. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO.

Si se contrata alguna de las siguientes coberturas opcionales mediante el pago de la Prima correspondiente, ésta(s) formará(n) parte integrante de las condiciones de la Póliza, y deberán quedar indicadas en la Carátula de esta y/o Endosos que correspondan.

4.1. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia Médica estando el Asegurado en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza. La Suma Asegurada, así como el Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza para esta Cobertura, son independientes a los contratados en cualquier otra.

Los gastos hospitalarios se cubrirán de acuerdo con el Gasto Usual y Acostumbrado del procedimiento cubierto dentro del Hospital.
Plan Seguro pagará la reclamación por Emergencia en el Extranjero vía Reembolso en Moneda Nacional, de acuerdo con el tipo de cambio vigente establecido por el Banco de México en la fecha de erogación de los gastos cubiertos, o bien vía Pago Directo, para lo que el Asegurado deberá seguir el procedimiento que Plan Seguro tenga vigente a la fecha en que reporte el siniestro.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Accidentes y/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 y/o el viaje.
b) Enfermería fuera del Hospital.
c) Tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.

d) Cesárea, parto, embarazo y sus complicaciones, cualquiera que sea su causa.
e) Por concepto de habitación, toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semiprivado.
f) Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.
g) Padecimientos congénitos.
h) 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 pongan en peligro la vida del Asegurado.
i) Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de tres (3) meses fuera de la República Mexicana.

TEMPORALIDAD

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

Los Beneficios de esta Cobertura cesarán cuando el Asegurado se encuentre en posibilidades de viajar a su lugar de residencia, se haya estabilizado la condición de Emergencia Médica del Asegurado, se haya agotado la Suma Asegurada o la atención ya no sea requerida en el extranjero, lo que ocurra primero.

PREVALENCIA

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

4.2. ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta cuyo diagnóstico se haya realizado en territorio nacional, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero, Plan Seguro cubrirá el costo de los Gastos Médicos cubiertos de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos, Suma Asegurada y Deducible contratados para la Póliza y adicionando veinte (20) puntos porcentuales al Coaseguro contratado. El parto y la cesárea quedan cubiertos en el extranjero de acuerdo con lo estipulado en el apartado Gastos cubiertos con Periodo de Espera correspondiente.

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

Plan Seguro pagará la reclamación por Atención Médica en el Extranjero vía Reembolso en Moneda Nacional, de acuerdo con el tipo de cambio vigente establecido por el Banco de México en la fecha de erogación de los gastos cubiertos, o bien vía Pago Directo, para lo que el Asegurado deberá seguir el procedimiento que Plan Seguro tenga vigente a la fecha en que reporte el siniestro.

Deberá cubrirse el Deducible por atención médica en el extranjero, aunque en un inicio se haya cubierto el padecimiento que le da origen a la reclamación en territorio nacional, es decir, se consideran independientes.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro, Eliminación de Deducible por Accidente y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente en caso de haberlos contratado. Las condiciones no especificadas en esta Cobertura operarán de acuerdo con la Cobertura Básica y a lo estipulado en estas Condiciones Generales y en los límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Enfermería fuera del Hospital.
b) Tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.
c) Complicaciones de la cesárea, el parto y embarazo, excepto las mencionadas en estas Condiciones Generales.
d) Por concepto de habitación, toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semiprivado.
e) Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.
f) Padecimientos congénitos.
g) Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de nueve (9) meses fuera de la República Mexicana.

TEMPORALIDAD

Los Beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de nueve (9) meses a partir de iniciado el viaje

fuera de la República Mexicana. Transcurrido este tiempo, el beneficio quedará excluido de la Póliza.

PREVALENCIA
La presente cobertura de Atención Médica en el Extranjero es opcional con costo a cargo del Asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.3. ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

Se exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realice durante los siguientes diez (10) días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos erogados y procedentes por el Siniestro, sea superior al Deducible contratado.

El Coaseguro operará de acuerdo con lo indicado en estas Condiciones Generales.

No aplicará la Eliminación de Deducible en gastos por padecimientos de nariz y senos paranasales derivados de un Accidente, en gastos de prótesis dental por Accidente y en gastos a consecuencia de Accidente de rodilla.

PREVALENCIA
La presente cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente es opcional con costo a cargo del Asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.4. ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE

Se exentará al Asegurado del pago del Coaseguro contratado en caso de presentar una reclamación a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realice durante los siguientes diez (10) días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos erogados y procedentes por el Siniestro, sea superior al Deducible contratado.

No aplicará la Eliminación de Coaseguro en gastos por padecimientos de nariz y senos paranasales derivados de un Accidente, en gastos de prótesis dental por Accidente y en gastos a consecuencia de Accidente de rodilla.

PREVALENCIA

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

4.5. INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA

La presente Cobertura incrementa la Suma Asegurada establecida en la Cobertura Básica para Parto y Cesárea indicada en estas Condiciones Generales, sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios. La nueva Suma Asegurada se indicará en la Carátula de Póliza y aplicará para embarazos que inicien después de la fecha de contratación de esta Cobertura.

Podrá ser contratada por aquellas Aseguradas que cuenten con al menos un (1) año de cobertura continua en el presente plan y la edad de aceptación es de los veinte (20) años cumplidos a los treinta y siete (37) años, y únicamente se podrá renovar hasta los treinta y ocho (38) años cumplidos si la Asegurada estuviera embarazada para la renovación, en ningún otro caso se podrá renovar después de los treinta y siete (37) años

PREVALENCIA

La presente cobertura de Incremento en la Suma Asegurada para Parto y Cesárea es opcional con costo a cargo del Asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

4.6. REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE

La presente Cobertura reduce el Coaseguro establecido en la Cobertura Básica para Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente, indicada en el apartado de Coberturas Básicas, a quedar en 30%, sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios.

Para esta Cobertura no aplican las reglas definidas en la Cláusula Participación del Asegurado en una Reclamación, ni los beneficios que otorga la contratación de la Cobertura opcional con costo de Eliminación de Deducible por Accidente y Eliminación de Coaseguro por Accidente.

PREVALENCIA

La presente cobertura de Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente es opcional con costo a cargo del Asegurado, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5. ATENCIONES INCLUIDAS.

El Asegurado tendrá derecho a utilizar el servicio de diversas atenciones, mismas que se describen a continuación y las cuales para su uso, deberá solicitarlas al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

5.1. ATENCIÓN FUNERARIA

El servicio de atención funeraria brinda la asesoría, gestión y coordinación en el momento de un deceso a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta.

Para esta atención no aplica reembolso y los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

Este servicio es proporcionado por un prestador independiente e incluye lo siguiente:

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

m) Servicio de cremación o inhumación.
n) Ataúd para velación y urna estándar en caso de cremación.

En caso de celebrarse el servicio funerario en la agencia "Lomas Memorial" / Gayosso, el servicio funerario contempla un tope de $20,000.00 (veinte mil pesos 00/100 M.N). Si el costo rebasa este límite, el excedente deberá ser cubierto por el familiar del fallecido.

5.2. ATENCIÓN MÉDICA

Las siguientes atenciones serán proporcionadas en los Estados Unidos Mexicanos, para residentes de territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

Para esta atención no aplica reembolso y los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

1. Orientación médica telefónica (atención las 24 horas, los 365 días del año)

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Diagnóstico médico y/o Informe Médico.
b) Receta vía telefónica.
c) Medicamentos.

2. Pago y envío de ambulancia terrestre

El Asegurado podrá solicitar el envío de ambulancia hasta dos (2) eventos por año hasta el costo de $1,500.00 (un mil quinientos pesos 00/100 M.N.), o la distancia de veinte (20) km dentro de la localidad y para los siguientes casos:

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

- Se encuentra en un hospital público o de gobierno, y requiera del traslado a un hospital privado. El Asegurado debe contar con recomendación médica por escrito.
- Se tenga indicación médica para traslados por cirugías que impidan la movilidad adecuada.

El servicio de ambulancia será únicamente terrestre y sólo aplica en las localidades donde se cuente con servicio de ambulancia. Si por razones médicas fuera necesario, el traslado se realizará bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada Asegurado quedando a su cargo el costo total del servicio.

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:
a) Traslado por sospecha de COVID o por COVID.
b) Traslado por accidente en carreteras federales y/o estatales.

3. Referencia Médica

Se incluye el servicio de concertación de cita con Médico General o Especialista (de todas las especialidades con Médicos en convenio con el prestador) o en un centro hospitalario, en caso de Accidente y/o Enfermedad. Todas las consultas de Atención de Primer Nivel tienen un costo de $400 pesos, para el resto de las especialidades (en convenio con el prestador), el costo total correrá a cargo del Asegurado y depende de la especialidad y de la zona en que se localiza el consultorio.

No hay límite en el número de concertación de citas.

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:
a) Concertación de citas cuando el Asegurado haya faltado a su cita dos (2) veces o más.

4. Orientación nutricional (atención las 24 horas, los 365 días del año)

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

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

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

No se proporciona diagnóstico.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Recetas de medicamentos y/o suplementos alimenticios.
b) Medicamentos y/o suplementos alimenticios.

5. Referencias nutricionales

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

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Honorarios del nutriólogo.

6. Orientación psicológica (atención las 24 horas, los 365 días del año)

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Gastos originados con motivo de las sesiones o de la orientación telefónica.
b) Asesoría cuando el usuario se encuentre en estado agresivo o en estado inconveniente para sostener una conversación.
c) Honorarios por las sesiones de seguimiento.

7. Referencias psicológicas

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

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Honorarios del psicólogo.

5.3. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES NACIONALES

Las siguientes atenciones serán proporcionadas en los Estados Unidos Mexicanos, para residentes de territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: +52 55 9595 0000.

Para esta atención no aplica reembolso y los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

1. Tomas de muestra de laboratorio clínico a domicilio

En caso de requerir alguno de los siguientes estudios básicos de laboratorio clínico: Examen General de Orina, Química Sanguínea y/o Biometría Hemática, por Accidente o Enfermedad, durante un viaje en territorio nacional, podrá realizarse la toma de muestras en el domicilio donde se encuentre hospedado el Asegurado.

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

2. Boleto redondo para un familiar

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

3. Gastos de hotel por convalecencia

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Gastos erogados por familiares.

4. Referencia de laboratorios clínicos

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

5. Referencia de gabinetes médicos de imagen

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

6. Referencia de servicios de enfermería general a domicilio

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

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. | **www.planseguro.com.mx**

7. Referencia dental por Urgencia

Referencia a red de dentistas las veinticuatro (24) horas a nivel nacional. **Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.**

8. Referencia a Ópticas por extravío de anteojos

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

5.4. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES INTERNACIONALES

Las siguientes atenciones serán proporcionadas durante las veinticuatro (24) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

Para esta atención no aplica reembolso y los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

1. Gastos médicos y de hospitalización

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

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas o rutinarias conocidas como ’Check up’.

b) Gastos médicos y de hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Asegurado.

2. Gastos dentales por Urgencia

En el caso de que un Asegurado sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de Urgencia, el prestador del servicio gestionará los procedimientos odontológicos de Urgencia, hasta un máximo de quinientos (500) dólares por año.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Gastos dentales que no sean a consecuencia de una Urgencia.

3. Traslado médico

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

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

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

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

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

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

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

4. Gastos de hotel por convalecencia

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

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

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

5. Segunda opinión médica

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

En todos los casos la Segunda Opinión Médica brindada por los profesionales designados, será conforme a la documentación remitida por el Asegurado y no contemplan los gastos por las citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

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

6. Confirmación, corrección y/o reconfirmación del Diagnóstico

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

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

7. Facilitación de consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de la interconexión con Centros Médicos de Primer Nivel Internacional
   a) Envío de muestras de tejidos para estudios anatomopatológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y rediagnóstico al exterior.
   b) Concertación de citas personales en cualquier centro médico internacional ante cualquier requerimiento del Asegurado o de su Médico de cabecera.
   c) Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
   d) Preadmisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.

e) Envío de información sobre nuevas pautas terapéuticas de determinadas enfermedades.
f) Alternativas terapéuticas de determinadas patologías complejas.
g) Búsqueda y envío de medicamentos no comercializados en México.

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

8. Boleto para un familiar

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

9. Repatriación a domicilio permanente del Asegurado en caso de Accidente y/o Enfermedad

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

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN VIAJES:

a) Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas en contra de la prescripción de algún Médico.
b) Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes de duración superior a noventa (90) días naturales.
c) Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza.
d) Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico no descrito en estos servicios.
e) Los servicios de atención que el Asegurado haya gestionado, contratado y/o pagado por su cuenta.
f) Los servicios de atención que sean consecuencia de:

g) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya o no declarado la guerra), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
h) Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.
i) La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en el caso de defensa.
j) La práctica de deportes como profesional, así como la participación en competiciones oficiales y/o en exhibiciones.
k) La participación del Asegurado en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.
l) Los causados por mala fe del beneficiario.
m) Las irradiaciones de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier otro tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
n) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
o) Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier Enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Asegurado y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida durante la vigencia de este contrato.
p) Embarazos en los últimos tres (3) meses antes de la fecha probable de parto, así como el embarazo y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
q) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
r) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomía radial u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractivos.
s) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
t) Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas),

narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.

u) Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

v) La muerte o lesiones originadas, por actos realizados por el beneficiario con dolo o mala fe.

w) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia.

x) Rescate o aquellas situaciones en las que el beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él, o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de atención, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y/o peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.

5.5. ATENCIÓN VISUAL

El Asegurado deberá solicitar este beneficio llamando al número telefónico 55 9595 0000 para coordinar su cita y recibir un vale equivalente a $500.00 (Quinientos Pesos 00/100 M.N.), el cual se otorgará por vigencia y no será acumulable. Este vale podrá ser redimible únicamente en las ópticas con las que Plan Seguro tiene convenio, mismas que se indican en la página web www.planseguro.com.mx, para que el Asegurado seleccione uno de los siguientes productos:

- Armazones oftálmicos.
- Micas graduadas.
- Lentes de contacto (para astigmatismo o miopía).

Para esta atención no aplica reembolso y los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN:

a) Servicios proporcionados fuera del territorio nacional.

b) Cualquier producto, servicio, tratamiento o procedimiento no especificado en esta atención.

c) Lentes de contacto cosméticos o de color.

d) Soluciones, líquidos o estuches especiales.

e) Medicamentos, aún cuando exista prescripción del Médico Tratante.
f) Gastos erogados a causa de cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar correcciones visuales.
g) Lentes intraoculares.
h) Lentes antisolares o lentes de sol.

6. CLÁUSULAS GENERALES

6.1. CLÁUSULAS OPERATIVAS

COBERTURA DEL CONTRATO

Accidente

Los Accidentes quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza.

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 considerarán como un solo Siniestro.

El gasto erogado y procedente a consecuencia de un Accidente cubierto deberá ser reportado a la Compañía en los términos que se indica en estas Condiciones Generales; de no ser así, será considerado como Enfermedad.

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible en el caso de que se haya contratado, el cual quedará 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 estas Condiciones Generales.

En caso de Accidente cubierto no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación el número de reporte que le fue proporcionado por Plan Seguro y la carpeta de investigación del Ministerio Público, esta última cuando Plan Seguro así lo requiera.

Enfermedad

Las Enfermedades quedarán amparadas desde el primer día de vigencia siempre que los primeros síntomas se hayan presentado una vez iniciado el periodo de cobertura y además el Asegurado cuente con lo siguiente:

- El Reconocimiento de Antigüedad generado para aquellos padecimientos con Periodo de Espera.
- Se encuentren dados de alta como nonatos y recién nacidos conforme lo descrito en estas Condiciones Generales.

Se cubrirá cualquier Enfermedad que cumpla con lo siguiente:

I. Que los primeros signos o síntomas, así como el primer gasto erogado para su diagnóstico o tratamiento, se presenten durante la vigencia de la Póliza;
II. Que no se encuentre comprendida dentro de las Exclusiones Generales o particulares establecidas en estas Condiciones Generales o mediante Endoso;
III. Que haya transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, salvo que el Asegurado cuente con Reconocimiento de Antigüedad aplicable conforme a lo previsto en esta Póliza; y
IV. Que, en su caso, tratándose de nonatos y recién nacidos, se encuentren debidamente dados de alta conforme a lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

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

En caso de que la Póliza sea renovada, la enfermedad cubierta continuará con cobertura en términos de las Condiciones Generales vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, teniendo como límite lo indicado en la Cláusula de Periodo de Beneficio.

RESIDENCIA

Estarán cubiertas bajo este Contrato, solamente las personas con domicilio habitual en territorio nacional, es decir, personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

TERRITORIALIDAD

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

VIGENCIA DEL CONTRATO

Salvo pacto contrario, la vigencia de este Contrato será anual, entrando en vigor a partir de la fecha y hora que se estipula en la Carátula de Póliza y sólo podrá cancelarse bajo los supuestos indicados en este Contrato.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada quedará fija y establecida desde la fecha en que se erogue el primer gasto comprobable, aun cuando su importe sea menor al Deducible, siempre y cuando este Padecimiento, Cobertura o concepto haya iniciado durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo con lo estipulado en la Carátula de Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia. Para cada gasto procedente por un mismo Accidente y/o Enfermedad cubierta, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por ese mismo Accidente y/o Enfermedad, cobertura o concepto, nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada. Estos criterios operarán durante el Periodo de Beneficio.

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

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

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

ANTIGÜEDAD

Si tiene una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida mínimo de un año y con periodo(s) al descubierto menor(es) a 30 días naturales a la fecha de firma de la Solicitud; la antigüedad puede ser reconocida. Para ello se debe anexar copia de la última Póliza vigente y/o Certificado Individual, así como el recibo con el sello de pagado, comprobante de pagos o Constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros pueda otorgar dicho beneficio.

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 en 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 doce (12) meses.**

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

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

Al utilizar Médicos y Hospitales en Convenio con Plan Seguro, el Asegurado tendrá el Pago Directo, de lo contrario sólo tendrá la opción de Pago vía Reembolso.

HOSPITAL SMART

Si el Asegurado utiliza Hospitales Smart con Plan Seguro, además del beneficio de Pago Directo, contará con los siguientes beneficios:

- La reducción de dos (2) UMAM del Deducible contratado y se eliminarán 5 (cinco) puntos porcentuales del Coaseguro contratado.

Estos beneficios no aplican en:

- **Pagos por Reembolso.**
- **Hospitales en convenio que no sean Hospitales Smart.**
- **En caso de que la atención médica se realice en un lugar que no pertenezca a la Zona de Tarificación.**

Estos beneficios no limitan ni excluyen el derecho y la voluntad del Asegurado para que éste decida libremente ser atendido en el hospital, clínica o sanatorio de su elección y por el Médico de su elección, independientemente de que sean o no prestadores en convenio con Plan Seguro.

El listado de Hospitales Smart con Plan Seguro podrá ser consultado por el Asegurado en la página web www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado Directorio médico y hospitalario, en el que se muestra el listado de médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro.

CAMBIO DE ESTRUCTURA HOSPITALARIA.

Plan Seguro informará a los Asegurados a través de su página web: www.planseguro.com.mx, los cambios que ocurran en la infraestructura hospitalaria, dentro de los quince días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS CON PRESTADORES DE SERVICIOS SIN CONVENIO CON PLAN SEGURO

Plan Seguro cubrirá vía Reembolso, de acuerdo con los procedimientos que se tengan establecidos, a las Coberturas y a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos que opere para la Clasificación Hospitalaria contratada y aplicando el Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de Emergencia(s) Médica(s), en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que prestadores con convenio con Plan Seguro no le hayan brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el Contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad o error de diagnóstico, entendiéndose por este último el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente con prestadores en convenio con Plan Seguro y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una Institución que no tenga convenio con Plan Seguro por la misma Emergencia Médica.

ATENCIÓN MÉDICA EN LUGARES DISTINTOS A LA ZONA DE TARIFICACIÓN

La clasificación y delimitación de las Zonas de Tarificación será determinada por la Compañía y es la siguiente:

Nivel y Zona de Tarificación

Nivel	Zona de Tarificación
1	CIUDAD DE MÉXICO y ZONA METROPOLITANA que incluye los Municipios de Atizapán de Zaragoza, Naucalpan de Juárez, Tlalnepantla, Cuautitlán Izcalli, Cuautitlán, Tultitlán, Ecatepec, Coacalco, Texcoco, Nezahualcóyotl, Huixquilucan, Nicolás Romero, Los Reyes la Paz, Tecámac y Chimalhuacán.
2	ESTADO DE MÉXICO: Estado de México (con excepción de los municipios considerados Zona Metropolitana), Hidalgo y Morelos.
3	OCCIDENTE: Colima, Nayarit y Jalisco.
4	NORESTE: Coahuila, Nuevo León, Durango y Tamaulipas.
5	SURESTE: Tabasco, Yucatán, Quintana Roo y Campeche.
6	SUR: Puebla, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Tlaxcala y Veracruz

Nivel	Zona de Tarificación
7	BAJIO: Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luís Potosí y Zacatecas
8	NOROESTE: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua y Sonora
9	OCCIDENTE II: Michoacán y Sinaloa

I. Cuando el lugar de atención y la zona de tarificación coinciden, se mantendrán los beneficios contratados y los gastos procedentes se cubrirán aplicando Deducible, Coaseguro y demás términos establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y/o Endosos correspondientes.

II. Cuando el lugar de atención corresponde a una zona de tarificación mayor a la contratada, por cada nivel que el Asegurado se traslade a una zona de tarificación de mayor jerarquía respecto a la contratada, siendo el nivel 1 la zona con mayor jerarquía, el Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza se incrementará en siete (7) puntos porcentuales sobre el porcentaje originalmente contratado.

No se aplicará la disminución de Deducible y Coaseguro descritas en el apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación aun cuando el Hospital, Clínica o Sanatorio pertenezca a la red de prestadores en convenio con Plan Seguro.

No aplica el Tope Máximo de Coaseguro.

III. Cuando el lugar de atención corresponde a una zona de tarificación menor a la contratada, se mantendrán los beneficios contratados y los gastos procedentes se cubrirán aplicando Deducible, Coaseguro y demás términos establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y/o Endosos correspondientes.

En caso de Emergencia Médica comprobada de conformidad con estas Condiciones Generales, no aplicará el incremento en el Coaseguro señalado previamente, conservando el contratado en la Carátula de la Póliza.

6.2. 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 llevan anexos y estas

Condiciones Generales y el Folleto Explicativo, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

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

COMPETENCIA

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

- Ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Plan Seguro (UNE) y el Centro de Atención Telefónica de Plan Seguro en el teléfono 800 277 1234.
- Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus subdelegaciones.
- En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante con motivo de su domicilio, o en la que hubiere presentado su reclamación.

DATOS DE CONTACTO

- Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Plan Seguro (UNE)

Teléfonos: 55 41 70 96 68 y 55 41 70 96 67
Dirección: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II Piso 4, Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México.
Horario de atención: Lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas y viernes de 9:00 a 13:30 horas.
Correo electrónico: atencionune@planseguro.com.mx

- CONDUSEF

Teléfonos: 800 999 8080 y 55 5340 0999
Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención
Página web: www.condusef.gob.mx
Registro electrónico de comentarios: asesoria@condusef.gob.mx

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del

acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley; es decir, por omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, en que se considerará desde el día en que Plan Seguro haya tenido conocimiento de él y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Asegurados, se necesita, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Plan Seguro para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro (artículos 8, 9 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), **Plan Seguro reintegrará al Contratante el 60 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada, siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.**

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

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO

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

El Asegurado deberá comunicar a la empresa las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una

agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Plan Seguro en lo sucesivo (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del Seguro (Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiarios toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo (Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de Plan Seguro quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el Siniestro (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiarios(s) realice(n) o se relacione(n) ya sea favoreciendo, prestando ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie, para la comisión de los delitos previstos en los

artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

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

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

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

ANEXO DE PRECEPTOS NORMATIVOS

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

MONEDA
Los pagos relativos a este Contrato se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de estos y en los medios de pago especificados en la Carátula y/o Recibos de la Póliza.

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

OTROS SEGUROS
Cuando se contrate en varias Aseguradoras un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada una de estas sobre la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de las Aseguradoras, así como el valor de las Sumas Aseguradas contratadas.

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

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

MODIFICACIONES AL CONTRATO
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 LA PÓLIZA

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 (30) días naturales siguientes al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, Plan Seguro estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre tres y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por Plan Seguro sobre el monto de la obligación principal así determinado.

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de Seguros, **salvo tratándose de Seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales,** en cuyo caso se estará apegado a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

Cuando Plan Seguro interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes

deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

NOTIFICACIONES

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

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 55 9595 0000, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

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

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

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

COMISIONES A INTERMEDIARIOS
Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6.3. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

REHABILITACIÓN
Cuando la Póliza cese en sus efectos por falta del pago de la Prima, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitar la rehabilitación la póliza dentro de los treinta (30) días naturales 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:

- Declarar por escrito a Plan Seguro, la existencia de alguna enfermedad y/o accidente, ocurrida dentro del periodo en el que no estuvo vigente la póliza.

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, de conformidad con la Cláusula Omisiones e Inexactas Declaraciones de éstas Condiciones Generales, así como lo previsto en los artículos 8, 9 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que Plan Seguro lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al Contratante a través de la emisión del endoso y/o Póliza, según corresponda.

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 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 de la rehabilitación.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza será renovada automáticamente, **excepto que Plan Seguro o el Contratante den aviso por escrito dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia del periodo en curso, su voluntad de no renovarlo.**

PÉRDIDA DEL DERECHO DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El Contratante y/o Asegurado perderá el derecho a la renovación automática de su Póliza si Plan Seguro comprueba que hubo dolo, mala fe o cuando se presenten los siguientes casos:

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

PRIMAS

La prima total de esta Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados a quienes se les reconoce el derecho de recibir los beneficios inherentes correspondientes a las coberturas contratadas.

En cada renovación la prima se determinará aplicando el plan en vigor a esa fecha, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
En caso de Alta de un Asegurado, Plan Seguro cobrará al Contratante la Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del alta hasta el vencimiento del periodo en curso, por lo que la obligación de pago de dicha Prima deberá ser cubierta dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

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

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

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

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

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

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA
Los hijos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza podrán ser dados de alta desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando el recién nacido se encuentre vivo al momento de darlo de alta, Plan Seguro acepte el aseguramiento mediante la emisión del endoso y/o Póliza correspondiente y se cumplan los siguientes requisitos:

- Se dé aviso por escrito dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento.
- Se anexe constancia de salud y el certificado o acta de nacimiento expedida en territorio nacional.
- Se haya obligado a pagar la Prima dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.
- Para los niños de hasta tres (3) años deberá anexarse a la Solicitud de Seguro, el informe del Médico Pediatra donde especifique su estado de salud. **La inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de Plan Seguro.**

FORMA DE PAGO

El Contratante deberá pagar la Prima anual correspondiente a cada Contrato 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, misma que se dará a conocer por escrito al Contratante **en la Carátula de la Póliza** al Contratante, **indicando en dicha Carátula el calendario de pagos con las fechas y montos de cada una de las parcialidades de pago** y podrá modificarse anualmente. Si la Prima anual 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 vencerá 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 únicamente a Plan Seguro, a través de los medios de pago que se indican en la Carátula de la Póliza, en ningún caso la Prima se pagará en efectivo.

Para la opción de pago mediante autorización de cargo automático a tarjeta de crédito, será responsabilidad del Contratante y/o Asegurado mantener vigente su plástico y los fondos suficientes para el pago, así como notificar oportunamente a Plan Seguro sobre los nuevos datos de la tarjeta de crédito cuando haya sido renovada o sustituida por cualquier motivo.

En 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.

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

EDAD

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

aseguramiento. **Plan Seguro se reserva el derecho de aceptar o indicar en qué condiciones se emitirá la Póliza.**

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

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

- Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, Plan Seguro reembolsará al Contratante la Prima que pagó en exceso. Las Primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación, la obligación de Plan Seguro se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- Cuando el siniestro haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó.
- Con la terminación de la vigencia de la Póliza.
- Con la terminación anticipada de la Póliza, independientemente de la causa.

TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

- Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza, independientemente de la causa.
- En caso de que la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 100 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada. Sin embargo, **si la Póliza fue afectada por un Siniestro durante este periodo, Plan Seguro no procederá con la devolución de Prima ya que se considera devengada en su totalidad.**
- En caso de fallecimiento del Asegurado. Si dicho fallecimiento ocurre después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza y la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 60 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada, sin incluir los derechos de póliza. **En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante este periodo, Plan Seguro no**

procederá con la devolución de Prima ya que se considera devengada en su totalidad.

Para el caso de devolución de Prima Neta Cobrada No Devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente, el Asegurado y/ o Beneficiario deberá manifestar por escrito, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier Siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la Póliza, por lo que, si posteriormente a dicha devolución el Asegurado y/o Beneficiario ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de pago por haber terminado la cobertura del Contrato.

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

PERIODO DE BENEFICIO
Mientras el Asegurado renueve con Plan Seguro su Póliza para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento, la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud se continuarán pagando hasta certificarse la curación del mismo mediante el alta médica o al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes, lo que ocurra primero. Si termina la vigencia de esta Póliza y no se renueva, Plan Seguro cubrirá la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud iniciados en la vigencia hasta certificarse la curación a través del alta médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de termino de vigencia, lo que ocurra primero.

PERIODO AL DESCUBIERTO
Periodo dentro del cual Plan Seguro queda exento de cubrir cualquier Accidente y/o Enfermedad, toda vez que la póliza no registró el pago de la Prima o de la fracción previamente pactada de la misma en tiempo y forma. Dicho periodo se indica dentro de la Carátula de la Póliza, una vez que Plan Seguro ha aceptado la rehabilitación del Contrato de Seguro. **Quedan excluidos lo Accidentes y/o Enfermedades cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este periodo al igual que los gastos erogados a consecuencia de estos, así como sus complicaciones y secuelas ocurridas ya rehabilitada la Póliza.**

PERIODO DE GRACIA
El Contratante dispondrá de treinta (30) días naturales para el pago de la Prima anual o de su primera fracción en los casos de pagos en parcialidades; para las Primas posteriores dispondrá de treinta (30) días naturales para el pago; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de este plazo (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **En este lapso no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia.**

CAMBIO DE PARÁMETROS
En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio en sus parámetros, este lo podrá solicitar por escrito al momento de la renovación, reconociendo su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra.

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

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

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE 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 excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

6.4. PAGO DE SINIESTROS
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 o el otro.

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

RECLAMACIONES

En toda reclamación deberá comprobarse a Plan Seguro, por cuenta del Asegurado, la realización del Siniestro. **No serán procedentes pagos o reembolsos a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier institución semejante en donde no se exige remuneración.**

De acuerdo con lo establecido y declarado por el Asegurado en el Aviso de Accidente y/o Enfermedad, Plan Seguro tendrá derecho a verificar la realización del Siniestro, así como los antecedentes relacionados con su origen y la procedencia de los gastos realizados y de los honorarios cobrados.

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

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

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

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

PAGO DE RECLAMACIONES

Salvo pacto en contrario, los Siniestros que resulten procedentes de acuerdo con este Contrato serán pagados en el curso de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que Plan Seguro reciba el total de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación y todos los Siniestros cubiertos serán liquidados al Contratante y/o Asegurado mediante transferencia electrónica. Los medios para ingresar la documentación serán los que Plan Seguro tenga vigentes al momento

del siniestro, mismos que podrán ser consultados en la página web www.planseguro.com.mx.

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

Los documentos que se deben presentar en caso de Siniestro son:

- Identificación oficial vigente con fotografía.
- Comprobante de domicilio actual reciente, con una vigencia no mayor a tres (3) meses a la fecha de su presentación a Plan Seguro. Si el domicilio plasmado en la identificación oficial vigente con fotografía presentada es el mismo y coincide con el notificado en el Aviso de Accidente y/o Enfermedad, no es necesario.
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad (formato que Plan Seguro pone a disposición del Asegurado en su página web www.planseguro.com.mx). Este documento se presentará por el Contratante y/o Asegurado, o bien por algún familiar ya sea Cónyuge, concubino (a), hijo (a), o padres del Asegurado afectado cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y/o Contratante y, en caso de ser menor de edad, por el Contratante si es persona física o bien por el Tutor Legal del menor.
- Informe Médico (formato que Plan Seguro pone a disposición del Asegurado en su página web www.planseguro.com.mx). Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento del Accidente y/o Enfermedad; por lo tanto, se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico Tratante correspondiente y por el Contratante y/o Asegurado, o bien por algún familiar ya sea Cónyuge, concubino (a), hijo (a), o padres del Asegurado afectado cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. En caso de que el Asegurado afectado sea menor de edad, el informe deberá estar firmado por el Contratante si es persona física o bien por el Tutor Legal del menor.
  Para efecto de emitir el dictamen Médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe Médico que exhiba el Asegurado.
- Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de estos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.
- Resumen clínico con nota de ingreso, enfatizando el procedimiento realizado y firmada por el Médico Tratante.
- Constancia hospitalaria con fecha, hora y diagnóstico al ingreso y egreso del paciente (Asegurado afectado).

- Formato ”Conoce a tu Cliente (492)” (formato para Persona Física o para Persona Moral según aplique y que Plan Seguro pone a disposición del Asegurado en su página web www.planseguro.com.mx).

Adicionalmente para los casos de reembolso:

- Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Siniestro, deberán solicitarse a nombre del paciente (Asegurado afectado si es mayor de edad), o Contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Facturas de honorarios Médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), las cuales deberán contener los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT y cada factura deberá expedirse por un solo concepto (honorarios Médico Quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.) señalándolo claramente en cada una, así como la fecha de atención.
- Facturas de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como cumplir con los requisitos fiscales vigentes.
- **Plan Seguro únicamente pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares directos del Asegurado, y los gastos de internación efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.**
  Todas las facturas deberán ingresarse a nombre del Asegurado Titular, Afectado y/o Contratante.
- Solicitud de Reembolso (formato que Plan Seguro pone a disposición del Asegurado en su página web www.planseguro.com.mx).
- Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria, a una cuenta a nombre del Asegurado afectado (formato que Plan Seguro pone a disposición del Asegurado en su página web www.planseguro.com.mx).
- Carátula del Estado de Cuenta bancario a nombre del Asegurado afectado, con una vigencia no mayor a tres (3) meses a la fecha de su presentación a Plan Seguro.

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

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

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

En caso de que el Asegurado ingrese documentación apócrifa, alterada o manipulada para efectos de realizar una reclamación o cuando ingrese un segundo dictamen médico con el que pretenda desvirtuar o modificar el contenido del primero, con fundamento en los artículos 66, 68, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, esto será motivo para que las obligaciones de Plan Seguro queden extinguidas, en cuyo caso se tendrá por rescindido el Contrato de Seguro de pleno derecho, en un plazo de treinta (30) días naturales a partir de que Plan Seguro haya tenido conocimiento de la solicitud de cobertura.

PAGOS IMPROCEDENTES
Cualquier pago realizado indebidamente por Plan Seguro, obliga al Contratante, Asegurado y/o beneficiario a reintegrarlo a Plan Seguro.

7. DOCUMENTOS ADICIONALES.

7.1. GLOSARIO DE PRECEPTOS LEGALES

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables. Se puede consultar el detalle de los artículos citados en las presentes Condiciones Generales a continuación o bien, en la sección de Artículos citados en Condiciones Generales, la cual se encuentra en la siguiente página web: www.planseguro.com.mx

Ley Sobre El Contrato De Seguro

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 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.

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.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

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.

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.

Artículo 53. Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 55. Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

Artículo 60. En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 63. La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

Artículo 64. En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.

Artículo 66. Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituído a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.
Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

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.

Artículo 81. Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82. El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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 necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Ley De Instituciones De Seguros Y De Fianzas
Artículo 492. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
    a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
    b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

Código Penal Federal

Artículo 139. Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y multa de cuatrocientas a mil doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

A quien utilice aeronaves pilotadas a distancia para cometer las conductas previstas en la fracción I del párrafo primero del presente artículo, se aumentará hasta en un tercio la pena establecida.

Artículo 139 Quinquies. Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 148 Bis. Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y de cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice en territorio mexicano, actos en contra de bienes, personas o servicios, de un Estado extranjero, o de cualquier organismo u organización internacionales, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para presionar a la autoridad de ese Estado extranjero, u obligar a éste o a un organismo u organización internacionales para que tomen una determinación;

II. Al que cometa el delito de homicidio o algún acto contra la libertad de una persona internacionalmente protegida;

III. Al que realice, en territorio mexicano, cualquier acto violento en contra de locales oficiales, residencias particulares o medios de transporte de una persona internacionalmente protegida, que atente en contra de su vida o su libertad, o

IV. Al que acuerde o prepare en territorio mexicano un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en el extranjero.

Para efectos de este artículo se entenderá como persona internacionalmente protegida a un jefe de Estado incluso cada uno de los miembros de un órgano colegiado cuando, de conformidad con la constitución respectiva, cumpla las funciones de jefe de Estado, un jefe de gobierno o un ministro de relaciones exteriores, así como los miembros de su familia que lo acompañen y, además, a cualquier representante, funcionario o personalidad oficial de un Estado o cualquier funcionario, personalidad oficial u otro agente de una organización intergubernamental que, en el momento y en el lugar en que se cometa un delito contra él, los miembros de su familia que habiten con él, sus locales oficiales, su residencia particular o sus medios de transporte, tenga derecho a una protección especial conforme al derecho internacional.

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 16 de octubre de 2026 con el número CNSF-H0701-0122-2026/CONDUSEF-007434-01.

Plan Seguro®

Cuidamos lo más *valioso de tu vida*

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

(+01 52) 55 9595 0000

www.planseguro.com.mx