Plan Seguro Óptimo Empresarial

Condiciones Generales

Plan Seguro®

Índice

1. DEFINICIONES 5

2. COBERTURAS BÁSICAS 16

2.1 COBERTURA AMBULATORIA 16

CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS 16

LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA 17

REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA 18

CAMPAÑAS PREVENTIVAS 19

2.2 ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS 19

ACCIDENTE DE RODILLA 19

ACCIDENTE DE NARIZ O SENOS PARANASALES 20

ALIMENTACIÓN PARENTERAL 20

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA 20

AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL 20

CIRCUNCISIÓN 21

CIRUGÍAS ASISTIDAS POR ROBOT 21

CIRUGÍA PROFILÁCTICA 21

CIRUGÍA REFRACTIVA 21

COBERTURA DE PRÁCTICA DEPORTIVA RECREATIVA 22

CONSULTAS MÉDICAS 22

CONSUMO DE ÓXIGENO Y EQUIPOS DE SOPORTE 22

DAÑO PSIQUIÁTRICO 23

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS 24

ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA 24

EXPANSORES MAMARIOS 24

GASTOS HOSPITALARIOS 24

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO 25

HONORARIOS DE AYUDANTE 25

HONORARIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO 25

HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA 26

HONORARIOS MÉDICOS QUIRURGICOS 26

LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO 26

MEDICAMENTOS 27

OZONOTERAPIA 27

PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL 27

PRUEBA DE VIH 28

PTOSIS PALPEBRAL 28

REEMBOLSO DE SESIONES DE CÁMARA HIPERBÁRICA 28

SESIONES DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA 28
TOXINA BOTULÍNICA 29
TRANSFUSIONES Y APLICACIONES 29
TRASPLANTE DE ORGANOS 29
TRATAMIENTOS HOMEOPATICOS 31
TRATAMIENTOS QUIROPRÁCTICOS 31
TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. 31
TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. 32
TRATAMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS EN ÁREAS DE CORTA ESTANCIA 32
TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS 32
TRATAMIENTO SUJETO A SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA 32
VACUNAS 33
2.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA 34
2.3.1 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ (10) MESES 34
2.3.2 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES 35
2.3.3 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS VEINTICUATRO (24) MESES 36
2.3.4 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO (48) MESES 37
3. ATENCIONES INCLUIDAS 38
3.1 ATENCIÓN MÉDICA 38
3.2 ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJE NACIONAL 40
4. EXCLUSIONES GENERALES 42
5. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO 46
5.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO 46
5.2 ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO 47
5.3 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA) 48
5.4 INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF) 48
5.5 ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE 49
5.6 ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE 50
5.7 INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA 50
5.8 EXTENSIÓN DEL PRIVILEGIO DE CONVERSION 51
6. ATENCIONES OPCIONALES CON COSTO 51
6.1 ATENCIÓN FUNERARIA 51
6.2 ATENCIÓN MÉDICA POR VIDEOLLAMADA 52
6.3 ATENCION VISUAL 53
6.4 ATENCION DENTAL 53
6.5 BIOMETRÍA FACIAL 56
6.6 ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL 57
7. CLÁUSULAS GENERALES 61

7.1 CLÁUSULAS DE INTERES PARA EL ASEGURADO 61
7.2 CLÁUSULAS OPERATIVAS 69
7.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES 72
7.4 PAGO DE SINIESTROS 79
8. DOCUMENTOS ADICIONALES 85
8.1 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.

1. DEFINICIONES

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

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

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

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

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO. Aumento de probabilidades de la realización de algún accidente 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.

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**

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

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

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

APARATO ORTOPÉDICO. Dispositivo médico destinado a corregir, sostener, estabilizar o inmovilizar una estructura anatómica afectada, sin sustituir una parte faltante del cuerpo.

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

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

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.

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

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 clasificación hospitalaria, dentro de los quince días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

CAMPAÑA PREVENTIVA. Conjunto de actividades que se realizan en un período de tiempo determinado y están encaminadas a promover la detección oportuna de Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento anticipados pueden prevenir una evolución indeseable.

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

CIRCUNCISIÓN PROFILACTICA. Es la 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 Médicos, 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 la Póliza al total de los Gastos Médicos Cubiertos después de descontar el Deducible. El Coaseguro se aplicará para cada reclamación incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía Pago Directo.

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**

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

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

CONTRATO DE SEGURO. Es aquel por el que la Plan Seguro se obliga, mediante el pago de una prima y para el caso que se produzca la eventualidad prevista en estas Condiciones Generales, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al Asegurado.

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

DEDUCIBLE. Cantidad que queda a cargo del Asegurado, establecida en la Carátula de Póliza 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.

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

DEPENDENCIA ECONÓMICA. Para efectos de este Contrato, se considera Dependiente Económico a las siguientes personas:

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

DEPORTISTA PROFESIONAL. Persona que se dedica de forma habitual a la práctica de algún deporte a cambio de una retribución monetaria o en especie.

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.

En caso de Emergencia Médica, ésta será cubierta de conformidad con lo señalado en estas Condiciones Generales.

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

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

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

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

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

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.

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.

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.

ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA DE BAJA ESPECIALIDAD. Aquellos estudios de laboratorio, gabinete e imagenología cuyo costo promedio de mercado no excede los diez (10) mil pesos y que son recomendados medicamente para realizar el diagnóstico de un Padecimiento

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.

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

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

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

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 en colaboración 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 clasifica de acuerdo con la 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.

IMPLANTE. Dispositivo o material colocado quirúrgicamente cuya finalidad sea estética, cosmética o de modificación corporal voluntaria y que no tenga por objeto sustituir una parte anatómica faltante ni restituir su función.

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

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**

INFORME MÉDICO. Documento elaborado y firmado por el Médico tratante y que debe contener los antecedentes personales patológicos fechados, signos y síntomas relacionados con el padecimiento, diagnóstico definitivo y etiológico, así como el 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 Períodos de Espera de aquellos padecimientos indicados en estas Condiciones Generales, es decir, **excepto los casos en que las Condiciones Generales y/o Endosos establecen 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. Es el interés económico y lícito que existe entre el Contratante y el (los) Asegurado(s) amparado(s) por la Póliza.

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.

MEDICAMENTE INDISPENSABLE Y/O MEDICAMENTE NECESARIO: Procedimiento, atención, medicamento o estudio que:

a) Se encuentra en Guías de Práctica Clínica vigentes (IMSS, GPC CENETEC).
b) Ha demostrado eficacia en evidencia científica (≥2 años publicado)
c) Es recomendado por Médico Especialista con comprobación cédula.
d) Se alinea con protocolo terapéutico para diagnóstico específico.

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

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

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

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

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

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

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

PADECIMIENTO CUBIERTO Cualquier Enfermedad o Accidente siempre que sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza. Siempre y cuando no se encuentren excluidos de estas Condiciones Generales o mediante Endosos, cumpla con el Período de Espera establecido en caso de aplicar, y cubra el deducible correspondiente en caso de aplicar.

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

PADECIMIENTO DE PRIMER NIVEL. Padecimiento que no pone en riesgo la vida del paciente ni requiere de atención médica urgente y se atiende mediante servicios médicos ambulatorios ya sea a través de consultas con Médico general, estudios de imagen o laboratorio básicos o de baja especialidad.

PADECIMIENTO GENÉTICO Es la alteración de la salud causada por una anomalía en el material genético (genes o cromosomas) del Asegurado. Estas alteraciones pueden ser hereditarias o aparecer de forma espontánea durante el desarrollo embrionario. Al igual que los padecimientos congénitos, pueden ser detectables desde el nacimiento o manifestarse años después. Para efectos de este contrato, recibirán el mismo tratamiento y condiciones de cobertura que los Padecimientos Congénitos.

PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO. Padecimiento excluido, así como sus complicaciones y/o secuelas, por estar relacionado con un Padecimiento declarado en la Solicitud de Seguro o cuestionario médico. **Dicha exclusión constará a través de un Endoso el cual formará parte integrante de la Póliza contratada.**

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

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

- Que previamente a la celebración del Contrato se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se

indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- Cuando Plan Seguro cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

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

El procedimiento de arbitraje estará regido por la persona designada de común acuerdo por ambas partes, quien deberá estar acreditada para actuar como árbitro y ante la cual se firmará un convenio arbitral. En dicho procedimiento arbitral las partes podrán ofrecer las pruebas periciales pertinentes para acreditar o no la preexistencia. Asimismo, en caso de controversia entre los resultados de los peritajes ofrecidos, se designará de común acuerdo a un tercer perito en discordia, quien emitirá su propio peritaje y cuyos resultados serán vinculados para efectos del procedimiento arbitral. En todo caso, el Asegurado estará en completa disposición de que puedan practicarse los exámenes médicos pertinentes para determinar objetivamente si existe o no preexistencia.

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

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

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

PAGO DIRECTO. Pago que realiza Plan Seguro directamente al prestador de servicios, por la atención médica y hospitalaria de un Accidente o Enfermedad cubierta. 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 Período 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.

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

PARTO PREMATURO. Obtención de todo recién nacido por parto o cesárea antes de la semana treinta y siete (37) de la gestación.

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.

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 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.

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.

PRÁCTICA DEPORTIVA RECREATIVA: Aquella actividad realizada con fines de ocio, sin recibir remuneración, patrocinio, ni formar parte de un equipo, liga o federación deportiva organizada.

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.

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO. Atención médica que no requiere de hospitalización mayor o igual a veinticuatro (24) horas.

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. Dispositivo médico destinado a sustituir total o parcialmente una parte anatómica faltante del cuerpo, con el objeto de restituir su función fisiológica o estructural.

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.

RECLAMACIÓN. Es el aviso o comunicación que hace el Asegurado a Plan Seguro, informando que ha acontecido el hecho previsto en el Contrato de Seguro.

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

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

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 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 a lo estipulado en las Condiciones Generales, Endosos y/o Carátula, 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 en el Pago por Reembolso.

La Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos forma parte integrante del contrato.

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

TARIFICACIÓN POR EXPERIENCIA GLOBAL. Metodología de tarificar cuando la prima de la Colectividad no está determinada con base en su Experiencia Propia.

TARIFICACIÓN POR EXPERIENCIA PROPIA. Metodología de tarificar que considera la experiencia de siniestralidad del Colectivo o Colectivos que pertenezcan al mismo grupo empresarial. El número mínimo de Integrantes de la Colectividad estará determinado por Plan Seguro de conformidad con el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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

Este tope no aplica en los casos que el Asegurado se atienda en una Clasificación Hospitalaria superior a la contratada.

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.

URGENCIA DENTAL. Situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

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 TARIFA. 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 Tarifa 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 COBERTURA AMBULATORIA

CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por Consultas Ambulatorias de Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas. El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General, Especialista o Subespecialista sin que exista alguna restricción en ese sentido y las opciones de acceso a este beneficio serán las siguientes:

1. Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas en convenio con Plan Seguro. En caso de que se desee asistir con un Médico en convenio con Plan Seguro, se realizará mediante la obtención de un pase médico, mismo que se encontrará disponible en la siguiente liga https://asegurado.planseguro.com.mx o se podrá obtener vía Whatsapp al número **+52 55 4011 9561**. Para esta cobertura aplica el coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza por consulta.

   En caso de asistir a una Clasificación Hospitalaria superior a la contratada, el Asegurado deberá pagar el Coaseguro que le corresponde a su Clasificación Hospitalaria, más la diferencia del costo de la Consulta de la Clasificación elegida. El Tabulador de Consultas Médicas Ambulatorias y su actualización está disponible mediante nuestro portal web www.planseguro.com.mx

   No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

2. Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas sin convenio con Plan Seguro. Estas serán cubiertas vía Reembolso, de acuerdo al tabulador de Pago Directo establecido para esta cobertura, y a la Clasificación Hospitalaria contratada, aplicando el Coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza por consulta.

   No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

3. Médico General a 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 donde los Médicos estén en posibilidad de asistir. **Este costo no aplica para consultas a domicilio de Médico general por COVID o sospecha de COVID.**

   En caso de requerir la visita del Médico general por COVID o sospecha de COVID, el costo de la atención será a cuenta del Asegurado.

   No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

   EXCLUSIONES DEL MÉDICO A DOMICILIO

   a) **Consultas con Médicos Especialistas y Subespecialistas.**
   b) **Si la solicitud de consulta no es previamente notificado y autorizado por Plan Seguro.**

c) El pago de los medicamentos que sean prescritos en la consulta.

d) El envío de Médico a domicilio por Emergencias Médicas.

e) El envío de Médico a domicilio a clínicas, hospitales, o cualquier centro que brinde estos servicios.

LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA

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:

a) Estudios de Laboratorio:

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

b) Estudios de Gabinete:

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

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.

c) 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.

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**

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 conforme a la suma asegurada, límites y exclusiones del padecimiento ya cubierto.

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 Clasificación Hospitalaria más alta que la contratada, se aplicará un Coaseguro adicional de quince (15) puntos porcentuales. Consulta los Hospitales que te corresponden con base en la Clasificación Contratada, en www.planseguro.com.mx

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.

Para esta cobertura 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 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) **Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.**
g) **Estudios que no tengan el objetivo de prevenir, detectar o diagnosticar alguna Enfermedad.**
h) **Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados con proveedores sin convenio con Plan Seguro.**
i) **Estudios y/o pruebas especializadas de diagnóstico molecular en cáncer.**

REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Consiste en una historia clínica, examen general de orina, determinaciones en sangre de biometría hemática, glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, urea, creatinina y Electrocardiograma en reposo. **Esta Cobertura únicamente se dará con prestadores en convenio con Plan Seguro.**

Esta revisión Médica Preventiva se otorga para todas las clasificaciones hospitalarias contratadas, una vez por Asegurado por vigencia, para mayores de dieciocho años, aplicando un Coaseguro del 30%.

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

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

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 de carácter estético.**
d) **Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación.**
e) **Estudios de alta especialidad.**
f) **Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.**
g) **Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados con proveedores sin convenio con Plan Seguro.**
h) **Revisión Médica Preventiva que se realice en Hospitales, Clínicas y Sanatorios sin convenio con Plan Seguro.**

CAMPAÑAS PREVENTIVAS

Son realizadas en colaboración con los prestadores en convenio con Plan Seguro sobre los padecimientos de:

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

Para acceder a este beneficio, Plan Seguro otorga cupones que se entregan anualmente en el momento de la contratación o renovación de su póliza o bien, el Asegurado deberá comunicarse al número telefónico de Plan Seguro el cual se encuentra disponible en la página web www.planseguro.com.mx.

2.2 ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS

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 Participación del Asegurado en una Reclamación.

Asimismo, no aplica la Eliminación de Coaseguro por Accidente.

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**

No aplica el reconocimiento de antigüedad de otras Compañías, ya que no se trata de un padecimiento con periodo de espera.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información necesaria para acreditar el siniestro

ACCIDENTE 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%.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

ALIMENTACIÓN PARENTERAL

Se cubre la alimentación parenteral, siempre y cuando se trate de una hospitalización, hasta un límite de sesenta (40) días por Accidente y/o Enfermedad cubierta, ya sean vía Pago Directo o Reembolso.

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA

Se cubren vía Reembolso los gastos erogados del traslado del Asegurado en ambulancia aérea a consecuencia de una Emergencia Médica por un padecimiento cubierto, cuando el Asegurado requiera atención hospitalaria y en la localidad no se cuente con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención y el Médico Tratante recomienda el traslado del Asegurado. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada para la Póliza, aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro de veinte (20) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado, no importando que la causa sea por Accidente y/o Enfermedad, sin Deducible.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) **Cuando el traslado sea impedido por cualquier circunstancia, por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas.**
b) **Cuando los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**
c) **Traslados fuera de territorio nacional.**

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 cubiertos. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada y debiendo pagar el Deducible y Coaseguro de diez (10) puntos porcentuales, no importando que la causa sea por Accidente y/o Enfermedad.

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**

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

CIRCUNCISIÓN

Se cubren los gastos erogados hasta doce (12) mil pesos, por concepto de circuncisión profiláctica sin aplicar Deducible ni 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.

CIRUGÍAS ASISTIDAS POR ROBOT

La Compañía cubrirá los gastos por el uso de sistemas quirúrgicos robóticos siempre que se cumpla con los Periodos de Espera de la Enfermedad para la cual se requiere éste procedimiento y sea medicamente necesario

El límite máximo de responsabilidad para este beneficio es de 100 (cien) UMAM por vigencia y por asegurado, aplicable exclusivamente a los costos de la tecnología robótica:

- Cuota de uso, renta o activación del sistema robótico.
- Asistencia técnica especializada de campo durante el evento.
- Instrumental y consumibles específicos del robot (brazos, pinzas, disparos) debidamente desglosados en la factura.

Los gastos no relacionados directamente con la tecnología robótica (hospitalización, honorarios médicos, anestesia y medicamentos) se liquidarán conforme a las condiciones generales y tabuladores del plan contratado.

Para que el trámite de programación o reembolso sea procedente, es indispensable presentar:

1. Documento vigente que acredite al médico principal como cirujano certificado en la plataforma robótica específica a utilizar, emitido por el fabricante del equipo o una institución académica reconocida.
2. Carta de aceptación del Comité de Ética o de Robótica del hospital y el protocolo médico que justifique el abordaje.

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.

CIRUGÍA REFRACTIVA

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.

Esta Cobertura se otorga por única vez durante la vida del Asegurado independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos.

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**

COBERTURA DE PRÁCTICA DEPORTIVA RECREATIVA

La Compañía cubre los gastos médicos derivados de accidentes ocurridos durante la práctica recreativa y no profesional de los deportes listados a continuación, siempre que se realicen con fines de esparcimiento, sin recibir remuneración y fuera de cualquier competencia oficial o entrenamiento para la misma.

- Deportes Terrestres y de Montaña: Alpinismo (hasta 4,500 msnm), Esquí, Motociclismo (cilindrada menor a 650cc), Cacería, Espeleología, Montañismo y Rappel.
- Deportes de Contacto y Combate: Box, Lucha Libre y Grecorromana (exclusivamente en entrenamientos o exhibiciones sin fines de lucro).
- Deportes Acuáticos y Aéreos: Buceo (hasta 30 metros de profundidad con certificación PADI o equivalente), Go Karts y Paracaidismo (exclusivamente en modalidad tándem con instructor certificado).

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Práctica deportiva profesional.
b) Participación en competencias oficiales, carreras de velocidad o pruebas de resistencia de cualquier tipo.
c) Uso de la motocicleta como herramienta de trabajo, reparto o mensajería.
d) Actividades realizadas bajo la influencia de alcohol o drogas no prescritas.

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.

CONSUMO DE ÓXIGENO Y EQUIPOS DE SOPORTE

La Compañía cubrirá los gastos inherentes a la oxigenoterapia necesaria para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Esta cobertura incluye el gas medicinal (recargas) y la renta o adquisición (compra) de los equipos necesarios para su administración (tanques o concentradores), sujeta a las siguientes condiciones:

1. La Compañía se reserva el derecho de determinar si autoriza la renta o la compra del equipo basándose en el pronóstico del Médico Tratante:
    a. Se privilegiará la renta para padecimientos agudos.
    b. Se considerará la compra para padecimientos crónicos.
2. En caso de indemnización por compra:
    a. Se autorizará un único equipo por asegurado y padecimiento, con características estándar funcionales acordes a la necesidad médica.
    b. La propiedad del equipo se transferirá al Asegurado; por tanto, la Compañía no será responsable por gastos posteriores de mantenimiento, refacciones, reparaciones, ni consumo eléctrico del dispositivo una vez adquirido.
    c. La garantía del equipo será la otorgada por el fabricante.
3. Todo gasto requiere prescripción médica que especifique flujo, concentración y horas de uso, respaldada por estudios (ej. Oximetría SpO2 < 90% o Gasometría Arterial).

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**

DAÑO PSIQUIÁTRICO

Se cubre el tratamiento psiquiátrico, limitándose única y exclusivamente a los siguientes diagnósticos clínicos:

a) Trastorno de Estrés Postraumático,
b) Trastorno de Adaptación,
c) Episodio Depresivo, siempre y cuando con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico Psiquiatra, el Asegurado lo requiera única y exclusivamente a consecuencia de las siguientes Enfermedades cubiertas: Habérsele diagnosticado alguna Enfermedad Terminal única y exclusivamente:
    - Cáncer de cualquier tipo,
    - Enfermedad cerebrovascular,
    - Infarto agudo al miocardio,
    - Insuficiencia renal crónica,
    - 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 del Médico Psiquiatra en convenio con Plan Seguro de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada como consulta con un especialista por un máximo de veinte (20) consultas durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta por cualquiera de los eventos mencionados en los incisos anteriores, a razón de 0.25 UMAM máximo por consulta.
b. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un (1) año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, siempre que sean prescritos por el Médico Psiquiatra en convenio con Plan Seguro, hasta un máximo total de 25 UMAM.

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

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 y los medicamentos necesarios cuando el tratamiento psiquiátrico no sea consecuencia de los eventos mencionados en los incisos de la presente Cobertura.

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

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

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, 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 más alta que la contratada, se aplicará un Coaseguro adicional de quince (15) puntos porcentuales por cada clasificación hospitalaria superior a la contratada.

EXPANSORES MAMARIOS

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

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

GASTOS HOSPITALARIOS

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:

a) Habitación privada estándar y alimentos.
b) Atención general de Enfermeras.
c) Materiales de curación consumidos dentro del Hospital y que tengan relación directa con el tratamiento derivado del Accidente o Enfermedad cubierta.
d) 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.**
e) 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.
f) Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el Hospital, previa autorización de Plan Seguro.

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.

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**

Si el Asegurado se atiende en un hospital de una Clasificación Hospitalaria superior a la contratada, por cada clasificación superior, se aplicarán quince (15) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado sobre los gastos cubiertos, en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico y el Hospital estén o no en convenio con Plan Seguro.

No aplica el Tope Máximo de Coaseguro

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO

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

HONORARIOS DE AYUDANTE

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

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

HONORARIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO

Se cubren los Honorarios de la Enfermera a domicilio, 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. Siempre y cuando:

- Sea indicado por el Médico Tratante, debiendo proporcionar, el informe médico y/o receta que lo indique.
- El servicio inicie de forma inmediata al alta hospitalaria.
- El servicio sea prestado exclusivamente por personal con título de Enfermero(a) General o Especialista contando con Cédula Profesional vigente.
- Se realicen procedimientos que, por su naturaleza, requieren pericia técnica y clínica, tales como:
- Administración de medicamentos por vía parenteral o aquellos que requieran preparación y monitoreo especializado.
- Alimentación parenteral o enteral domiciliaria.
- Manejo, mantenimiento y asepsia de sondas, catéteres, estomas y drenajes.
- Curaciones de heridas quirúrgicas complejas o de difícil cicatrización.
- Monitoreo de signos vitales ligado a la administración de fármacos de alta especialidad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

No se cubrirán bajo ningún concepto los gastos derivados de servicios que no requieran la intervención de un profesional de la salud o que correspondan a labores de acompañamiento y asistencia personal.

a) **Servicios de "cuidador", acompañamiento, vigilancia preventiva o compañía.**
b) **Asistencia en higiene personal -baño, aseo-, vestimenta, movilización básica y confort.**

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**

c) **Alimentación Ordinaria, consistente en preparación de alimentos o asistencia para la ingesta de estos por vía oral.**
d) **Traslados, supervisión de actividades domésticas o suministro de medicamentos por vía oral.**
e) **Cualquier actividad que pueda ser realizada por personal sin formación clínica profesional o por familiares del Asegurado.**

HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA

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

HONORARIOS MÉDICOS QUIRURGICOS

Se cubren los honorarios del Cirujano hasta la Suma Asegurada contratada y de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos vigente.

Este concepto comprende la totalidad de las atenciones prestadas por los cirujanos durante el internamiento, incluyendo la intervención, las visitas hospitalarias y las consultas postoperatorias que se susciten dentro de los primeros 15 (quince) días naturales posteriores al evento quirúrgico. Las consultas postoperatorias serán cubiertas como concepto independiente a partir del día 16 (dieciséis) posterior a la cirugía, sujetas a los límites de la tabla mencionada.

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

Las intervenciones quirúrgicas, atenciones y procedimientos realizados que no se encuentren en la Tabla de Honorarios 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.

LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO

Se cubren las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.

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**

MEDICAMENTOS

Se cubren los siguientes gastos de medicamentos:

a) Consumidos dentro del Hospital y que tengan relación directa con el Accidente y/o Enfermedad cubierta.

b) Adquiridos fuera del Hospital o Sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante y se anexe la factura de la farmacia, la receta expedida por el Médico Tratante y tenga relación directa con el Accidente y/o Enfermedad cubierta.

c) Emisores Autorizados: Para el caso de medicamentos adquiridos fuera del hospital, únicamente se reembolsarán aquellos comprobantes fiscales (CFDI) emitidos por establecimientos mercantiles legalmente constituidos cuyo giro comercial preponderante sea la venta de productos farmacéuticos (Farmacias, Boticas o Droguerías) y que cuenten con el Aviso de Funcionamiento vigente ante la autoridad sanitaria correspondiente y **teniendo como límite de pago el precio máximo al público indicado por el laboratorio.**

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

a) Medicamentos o insumos que no cumplan con la normatividad establecida.
b) Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado y/o Contratante, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta para público general en farmacias y establecimientos.
c) Medicamentos o insumos facturados directamente por el Médico Tratante.
d) Insumos facturados por personas físicas o morales cuya actividad económica registrada ante la autoridad fiscal no corresponda a la comercialización minorista de medicamentos.
e) Medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario vigente en México

OZONOTERAPIA

Se cubrirán hasta veinte (20) sesiones de Ozonoterapia para el tratamiento de un Padecimiento Cubierto, siempre y cuando cuente con prescripción médica formal del especialista tratante y bitácora de evolución. La cobertura se limita estrictamente a padecimientos de columna vertebral (discolisis) o manejo de heridas complejas (pie diabético o úlceras varicosas). **Se excluyen tratamientos con fines estéticos, preventivos o revitalizantes sistémicos.**

El tope máximo de reembolso o indemnización será el equivalente a una (1) UMAM por cada sesión. Esta cobertura opera bajo reembolso y está sujeta a la aplicación del Deducible y Coaseguro contratados.

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 y/o Enfermedad cubierta, hasta la Suma Asegurada contratada o hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla, lo que sea menor aplicando el Coaseguro establecido en la Póliza, excepto en caso de accidente:

Por concepto de:	Suma Asegurada
Prótesis valvular cardíaca.	90 UMAM
Endoprótesis (Stent).	130 UMAM
Marcapasos.	35 UMAM
Prótesis.	65 UMAM
Injertos.	65 UMAM

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

Por concepto de:	Suma Asegurada
Material de osteosíntesis.	65 UMAM
Renta o compra (esta última previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, u otros aparatos semejantes).	44 UMAM
Prótesis dental a consecuencia de un Accidente.	10 UMAM
Neuroestimuladores.	257 UMAM

Los límites establecidos para esta Cobertura serán amparados por Padecimiento y serán reinstalables en cada vigencia de la Póliza únicamente cuando se trate de un nuevo Accidente o una Enfermedad totalmente independiente y sin relación médica ni complicaciones con padecimientos previamente indemnizados.

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.

PTOSIS PALPEBRAL

Se cubre el tratamiento quirúrgico de la ptosis palpebral exclusivamente cuando exista una patología orgánica demostrable que ocasione una disminución del campo visual superior mayor al 30% o cuando el borde palpebral cubra más del 50% de la pupila (eje visual), comprometiendo la visión.

Requisitos indispensables para la autorización:

a) Campimetría visual computarizada que demuestre la amputación del campo visual.
b) Fotografías clínicas de frente y lateral que evidencien la obstrucción pupilar.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

a) Se excluye cualquier tratamiento con fines puramente estéticos, así como la corrección de Dermatochalasis (exceso de piel) o bolsas palpebrales que no cumplan con los criterios de obstrucción visual mencionados anteriormente.

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 cuarenta (40) puntos porcentuales 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.

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

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

Congénitos o Genéticos 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.

TOXINA BOTULÍNICA

Se cubre la aplicación de toxina botulínica y el costo del medicamento, exclusivamente cuando sea médicamente necesario y el Asegurado y/o Contratante, cumpla con lo siguiente:

1. El diagnóstico debe contar con aprobación clínica vigente por la autoridad sanitaria local (COFEPRIS) o internacional (FDA) para el uso específico de toxina botulínica (ej. Distonías, Espasticidad severa, Migraña Crónica refractaria, Estrabismo).
2. Se debe demostrar documentalmente que el paciente ha agotado y fallado a los tratamientos farmacológicos de primera línea (tratamiento convencional) por un periodo mínimo de 3 a 6 meses según la patología.
3. La cobertura se limitará a la dosis (unidades) y frecuencia de aplicación estipuladas en las guías clínicas internacionales para cada patología.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Cualquier uso con fines estéticos o cosméticos, incluyendo, pero no limitado a la corrección de arrugas faciales o envejecimiento cutáneo, independientemente de si existe una causa médica subyacente
b) Usos "Off-label" (fuera de indicación autorizada) o experimentales
c) Tratamiento de Hiperhidrosis (excesiva sudoración).
d) Bruxismo o trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

TRANSFUSIONES Y APLICACIONES

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) Se excluyen los gastos erogados por el donador.
b) Se excluyen los siguientes gastos relacionados con trasfusiones de sangre:

1. **ABO y Rh, (pruebas para identificar el grupo sanguíneo Rh de los donadores).**
2. **PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD (prueba cruzada que se realiza entre la sangre del paciente y la sangre que se tiene en el Banco de Sangre con el fin de determinar que puede ser empleada para transfusión).**
3. **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).**
4. **CARGO DE SANGRE O RECUPERACIÓN POR INSUMOS (Estudios obligatorios que demanda la Secretaría de Salud -VIH, Hepatitis C, Sífilis y Chagas- para ser efectuados en la sangre que se emplea para transfundirse como parte del tratamiento que el médico indica al paciente).**

TRASPLANTE DE ORGANOS

Se cubren los gastos erogados del receptor hasta la Suma Asegurada contratada de la Póliza, aplicando Deducible y Coaseguro contratados, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

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**

El Cirujano que realice el trasplante debe contar con Cédula Profesional de especialidad y, cuando aplique, la subespecialidad en Trasplantes legalmente expedida por la Dirección General de Profesiones. Debe estar certificado vigente por el Consejo Mexicano de la Especialidad correspondiente.

Tanto el médico responsable como la institución hospitalaria deben contar con Licencia Sanitaria activa y registro ante el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) y la COFEPRIS específicamente para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante.

La falta de dichos registros o licencias liberará a la Compañía de la obligación de cubrir los gastos.

Esta cobertura ampara, 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 a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de 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:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Riñón
- Médula ósea

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

Si se trata de un Padecimiento Congénito y/o Genético, este será cubierto siempre y cuando el Asegurado haya nacido dentro de la vigencia de la Póliza.

Quedan cubiertos los trasplantes de célula madre para tratamientos de leucemia, linfomas y enfermedades hematopoyéticas, de acuerdo a 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 a la Ley Mexicana, la donación de órganos, tejidos y células son altruistas por lo que la Compañía no compra órganos, tejidos, ni células.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

a) **Los gastos por complicaciones y/o secuelas para el donador.**
b) **Los gastos pre y post-quirúrgicos 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.**

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**

TRATAMIENTOS HOMEOPATICOS

Esta cobertura opera únicamente vía Reembolso, y se cubren los honorarios por consultas de homeopatía siempre que sean impartidas por un Médico Cirujano con Cédula Profesional de Especialidad en Homeopatía legalmente expedida por la Secretaría de Educación Pública.

Condiciones de Cobertura:

- Máximo una (1) consulta por día y hasta quince (15) consultas por año de vigencia. Hasta el equivalente a 0.3 UMAM por consulta.
- La cobertura operará únicamente para padecimientos cubiertos por la póliza que no sean considerados como exclusión y que cuenten con un diagnóstico médico previo realizado por un médico alópata.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) **No se cubrirán medicamentos homeopáticos, preparaciones magistrales, ni suplementos derivados de la consulta, a menos que cuenten con registro sanitario vigente ante COFEPRIS como medicamento.**

TRATAMIENTOS QUIROPRÁCTICOS

La Aseguradora cubrirá los gastos por sesiones de quiropraxia exclusivamente bajo las siguientes condiciones:

a) El tratamiento debe ser prescrito previamente por un Médico Especialista (Traumatólogo, Ortopedista o Neurocirujano) legalmente autorizado, indicando la necesidad médica, diagnóstico y número de sesiones requeridas.
b) Los servicios deben ser realizados por un Licenciado en Quiropráctica que cuente con Cédula Profesional y Título expedido por una institución reconocida oficialmente.
c) Se cubrirá un máximo de veinte (20) sesiones por padecimiento cubierto.

El pago se realizará vía reembolso.

El monto máximo a indemnizar por sesión será el estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

a) **Se excluyen tratamientos de mantenimiento, preventivos, o aquellos donde no exista una mejoría clínica demostrable tras las primeras 10 sesiones**

TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

Se cubren los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia a consecuencia de una Enfermedad Cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-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.**

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**

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 y diagnósticos donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de veinticuatro (24) UMAM al momento del tratamiento.

No aplica Deducible ni Coaseguro.

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.

TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

Se cubren los gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético,** hasta la Suma Asegurada de la Póliza, de acuerdo a la Tabla de Honorarios 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.

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

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**

VACUNAS

La Aseguradora cubrirá vía reembolso, sujeto al límite de hasta veinte (20) mil pesos para este concepto, sin Deducible ni Coaseguro, los gastos por:

a) Vacuna antirrábica exclusivamente cuando sea médicamente necesaria a consecuencia directa de un Accidente cubierto.

b) Vacunas de tipo inmuno-alérgicas, así como de desensibilización inmunológica. Se cubre el tratamiento de inmunoterapia (vacunas para alergia), siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

   i. El diagnóstico de alergia esté confirmado mediante pruebas cutáneas o séricas (IgE específica) positivas.

   ii. Exista prescripción por un médico especialista (Alergólogo/Inmunólogo).

   iii. El tratamiento tenga una finalidad curativa y no meramente preventiva.

   iv. Cuente con siniestro autorizado para la Enfermedad Cubierta que requiere la inmunoterapia.

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**

2.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

2.3.1 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 de diecisiete (17) UMAM.

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

Para esta cobertura, 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 procedimientos no mencionados 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 de siete (7) UMAM.

Para esta cobertura, 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 de sesenta y cinco (65) UMAM:
    - 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

Para esta cobertura, no aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) **Las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
b) **Las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos para infertilidad o esterilidad.**

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**

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.
Se cubren los gastos erogados por padecimientos congénitos (alteraciones estructurales o funcionales presentes al nacer) siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se hayan dado de alta los recién nacidos conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado, no se otorgará esta cobertura.

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

PADECIMIENTOS GENÉTICOS.
Se cubren los gastos erogados por padecimientos genéticos (alteraciones del material hereditario), siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se hayan dado de alta los recién nacidos conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado, no se otorgará esta cobertura.

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

RECIÉN NACIDOS
Se cubren los gastos del recién nacido desde el primer día de su nacimiento siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se haya dado de alta en la presente póliza, a los recién nacidos conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado, no se otorgará esta cobertura.

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

2.3.2 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES

Se cubren los gastos 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:

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Eventraciones y Hernias de cualquier tipo (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- Hemorroides y cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis, litiasis en vesícula y/o vías biliares (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- 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)

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

- Enfermedad diverticular y/o pólipos
- Padecimientos de nariz o senos paranasales, con un Coaseguro de cincuenta (50) por ciento, **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 veinte (20) UMAM por vigencia, **no aplica Deducible y Coaseguro**).

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

2.3.3 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.
- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos de la columna vertebral.
- En caso de Enfermedad de rodilla aplicará el Periodo de Espera estipulado en esta cobertura, el Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de Póliza.

  En ningún caso se aplicará la disminución de Deducible y Coaseguro descritas en el apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación. No aplica la Eliminación de Coaseguro por Accidente.

  Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio necesario para acreditar el Accidente y/o la Enfermedad.
- Hallux valgus (juanetes).
- Prolapsos de cualquier tipo.
- Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales. Queda cubierto por Reembolso y con previa autorización de la Dirección Médica (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- Hepatitis C, Se cubre con una Suma Asegurada de $1,000,000.00 pesos o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.
- Padecimientos congénitos y genéticos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, mayores a diez (10) años. 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 $500,000.00 pesos o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.

  En caso de que el Asegurado no cuente con los antes mencionados, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.

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**

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 las procedimientos y padecimientos previamente señalados, aplica Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

Para las siguientes Coberturas, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de ninguna compañía, incluyendo Plan Seguro.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se cubren los padecimientos preexistentes declarados en la Solicitud y Cuestionario, siempre y cuando el Asegurado no haya erogado gastos durante el Periodo de Espera mencionado en esta cobertura.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. **Padecimientos preexistentes no declarados previamente en la Solicitud y/o Cuestionario.**
2. **Padecimientos cardíacos, accidentes vasculares, diabetes, padecimientos oncológicos, SIDA, enfermedades degenerativas y/o padecimientos neurológicos.**

2.3.4 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 reducido para quedar 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 con el periodo de Antigüedad reconocido por Plan Seguro.

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

3. ATENCIONES INCLUIDAS

3.1 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**.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA (atención las 24 horas, los 365 días del año)
A petición del Asegurado, será referido con el prestador del servicio quien le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requiera la presencia de un Médico. Sin límite en el número de orientaciones.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) **Diagnóstico médico.**
b) **Receta vía telefónica.**
c) **El costo de medicamentos.**

PAGO Y ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE
El Asegurado podrá solicitar el envío de ambulancia básica por emergencia médica sin costo siempre que el traslado no supere los treinta (30) kilómetros.

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 del servicio.

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

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) **Ambulancia por COVID.**
b) **Accidente en carreteras Federales ni Estatales.**

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

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

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**

Previo a la prestación del servicio, se informará al Asegurado el costo aplicable a la consulta, otorgándole la facultad de decidir si desea o no hacer uso de este beneficio. **Para esta atención no aplica reembolso.**

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

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

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL (atención las 24 horas, los 365 días del año)
A solicitud del Asegurado, el prestador del servicio gestionará la orientación telefónica, sobre los siguientes aspectos:

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

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

No se proporciona diagnóstico.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- **Recetas de medicamentos.**
- **Medicamentos ni suplementos alimenticios.**

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.

Para esta atención no aplica reembolso.

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.

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**

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

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

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

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) **Sesiones de seguimiento.**

REFERENCIAS PSICOLÓGICAS

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

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

3.2 ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJE NACIONAL

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**.

TOMAS DE MUESTRA DE LABORATORIO CLÍNICO A DOMICILIO

Si durante un viaje en territorio nacional, el Asegurado, con motivo de un Accidente o Enfermedad cubierta, requiere alguno de los siguientes estudios básicos de laboratorio clínico:

- Examen General de Orina,
- Química Sanguínea y/o Biometría Hemática,

Podrá solicitar al prestador de servicios que le sea realizada la toma de muestras en el domicilio donde se encuentre hospedado.

El costo de los estudios está a cargo del Asegurado y la toma de muestras únicamente podrá ser realizada con los prestadores de servicios de laboratorios clínicos en convenio con el prestador.

Para esta atención no aplica reembolso.

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**

BOLETO REDONDO PARA UN FAMILIAR
Esta Atención se otorgará únicamente a través del prestador del servicio, por lo que, en caso de que el Asegurado sea hospitalizado con motivo de un Accidente y siempre que el Médico Tratante prevea que su estancia hospitalaria sea superior a cinco (5) días naturales, se gestionará un boleto viaje redondo en clase económica a un familiar directo, ya sea de autobús hasta 500 km de distancia, o bien, en avión si la distancia es mayor a 500 km, desde la ciudad de residencia permanente del familiar directo hasta el lugar de hospitalización del Asegurado, a fin de acudir a su cuidado.

Para esta atención no aplica reembolso.

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

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) **Gastos erogados por familiares.**

REFERENCIA DE LABORATORIOS CLÍNICOS
A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias de laboratorios clínicos a nivel nacional. **Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.**

Para esta atención no aplica reembolso.

REFERENCIA A GABINETES MÉDICOS DE IMAGEN
A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias de gabinetes médicos de imagen a nivel nacional. **Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.**

Para esta atención no aplica reembolso.

REFERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA GENERAL A DOMICILIO
A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias de servicios de enfermería general a domicilio a nivel nacional. **Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.**

Para esta atención no aplica reembolso.

REFERENCIA DENTAL POR URGENCIA
A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias de dentistas 24 hrs. a nivel nacional. **Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.**

Para esta atención no aplica reembolso.

REFERENCIA ÓPTICAS POR EXTRAVÍO DE ANTEOJOS
A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias de ópticas a nivel nacional. **Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.**

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

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**

4. EXCLUSIONES GENERALES

Este Contrato de Seguro en ningún caso ampara:

1. **Padecimientos preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro, así como los mencionados como excluidos en estas Condiciones 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. **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.**
4. **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.**
5. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.**
6. **Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la Práctica Deportiva Profesional.**
7. **Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de su participación en cualquier campeonato deportivo avalado por Federaciones Locales, Nacionales o Internacionales, y/o en exhibiciones de cualquier deporte.**
8. **La hospitalización, tratamiento quirúrgico y gastos hospitalarios ocasionados por trastornos y tratamientos encaminados a corregir enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones y/o causas clínicas.**
9. **Cualquier padecimiento que resulte a consecuencia del estado de ebriedad, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un Médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, y el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.**
10. **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.**

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**

11. Servicios de enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización, excepto los que se contemplan en estas Condiciones Generales.

12. Servicios de enfermería a domicilio cuando no sean recomendados por el Médico Tratante

13. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización, excepto aquellos que se encuentran expresamente cubiertos en estas Condiciones Generales

14. 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.

15. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.

16. 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.

17. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloide.

18. Gastos ocasionados para el diagnóstico, 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.

19. Gastos ocasionados por diastasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.

20. Curas de reposo.

21. Gastos por atención fisiológica del recién nacido, excepto lo mencionado en estas Condiciones Generales.

22. 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.

23. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o tratamientos que no sean aceptados por ser experimentales o beneficios inciertos para el paciente, o tratamientos que no se encuentran apegados y que no cumplan con los protocolos o guías de prácticas médicas por COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), SS (Secretaria de Salud) o FDA (Food

and Drug Administration), así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con Focus Exablate.

24. Cualquier cirugía asistida por robot o cirugía robótica que no cumpla con los protocolos médicos vigentes establecidos conforme a la Normatividad aplicable.

25. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este Contrato.

26. Los honorarios médicos cuando el Médico que suscriba dichos Honorarios, sea el Padre, Madre, Hijo (a) del Asegurado y/o Contratante, o sea el mismo Asegurado y/o Contratante.

27. Las consultas de Médicos Especialistas, tratamientos, diagnósticos 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, así como consultas con Nutriólogos.

28. Cualquier tipo de cirugía profiláctica no enunciado en estas Condiciones Generales, así como sus complicaciones.

29. Los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Accidente y/o Enfermedad cubierta cualquiera que sea su causa.

30. Tratamientos de acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina Alternativa.

31. 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.

32. . Los tratamientos destinados a corregir trastornos primarios de la conducta o del aprendizaje, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, talla baja, así como terapias ocupacionales, cognitivas, conductuales o neuropsicológicas y cualquier tratamiento dirigido a la reeducación o entrenamiento de actividades de la vida diaria, funciones ejecutivas o habilidades funcionales, independientemente de que deriven de enfermedad o accidente cubierto; y gigantomastía y ginecomastia con cualquiera de sus complicaciones.

33. No están cubiertas:

    a) Pandemias y/o Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
    b) Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
    c) Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
    d) Lesiones, Padecimientos o Enfermedades producidas por actos en actos delictuosos intencionales, siempre y cuando estas resulten de la participación directa 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**

34. Responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los prestadores.

35. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto.

36. Cualquier gasto erogado en cualquier Periodo de Espera.

37. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatias aun las que resulten de Accidente y/o Enfermedad cubierta.

38. Gastos personales, así como cualquier gasto erogado por el acompañante.

39. Medicamentos: benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos tratamientos psiquiátricos independientemente de su causa.

40. 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.

41. 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.

42. Las vacunas excepto las enunciadas como cubiertas en estas Condiciones Generales.

43. Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.

44. Gastos derivados por la atención del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para los Recién Nacidos, excepto lo indicado en el apartado Gastos Cubiertos con Períodos de Espera.

45. Cualquier padecimiento cuyos síntomas o signos se hayan manifestado fuera de la vigencia de la póliza o no cubran el periodo de espera establecido.

46. Lesiones corporales que hayan sido provocadas intencionalmente por el 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**

5. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

5.1 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Se cubren los gastos que se originen por una Emergencia Médica estando el Asegurado en el Extranjero siempre y cuando la emergencia médica sea a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y de acuerdo a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada, así como el Deducible para esta cobertura se indicarán en la Carátula de la Póliza siendo 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 a la Cobertura Básica contratada y a lo estipulado en estas Condiciones Generales y en los límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

TEMPORALIDAD.
Los Beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de 3 (tres) meses de iniciado el viaje, **transcurridos 3 (tres) 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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. **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 o el viaje.**
2. **Enfermería fuera del Hospital.**
3. **Tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
4. **Cesárea, parto, embarazo y sus complicaciones, cualquiera que sea su causa.**
5. **Por concepto de habitación, toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
6. **Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
7. **Padecimientos congénitos y genéticos.**
8. **Estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.**
9. **Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de tres (3) meses fuera de la República Mexicana.**

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**

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

5.2 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 a lo estipulado en el apartado Gastos Médicos con Periodo de Espera correspondiente.

Los gastos hospitalarios se cubrirán de acuerdo al 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.

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

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. **Enfermería fuera del Hospital.**
2. **Tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
3. **Complicaciones de la cesárea, el parto, y embarazo excepto las mencionadas en estas Condiciones Generales.**
4. **Por concepto de habitación, toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
5. **Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
6. **Padecimientos congénitos y genéticos.**
7. **Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de nueve (9) meses fuera de la República Mexicana.**

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

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**

5.3 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)

Se otorgará una indemnización por día de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado haya permanecido hospitalizado por lo menos cuarenta y ocho (48) horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún Accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, hasta por la Suma Asegurada por día contratada e indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endoso. **Se puede contratar a partir de los veinte (20) años y hasta los sesenta y cinco (65) años.**

El periodo máximo de tiempo de hospitalización que Plan Seguro estará obligado a pagar por Evento, son noventa (90) días ininterrumpidos, contados desde el primer día de hospitalización. **En ningún caso, Plan Seguro estará obligado a pagar más de dos (2) Indemnizaciones Diarias por Hospitalización por Accidente, por año, los cuales, además deberán ser consecuencia de diferentes Accidentes cubiertos.**

En caso de que el Asegurado reciba atención médica después de los treinta (30) días posteriores al Accidente, dicha atención se considerará como Enfermedad.

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura es independiente a cualquier otra contratada.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. **Hospitalización por enfermedades.**
2. **Hospitalización por enfermedades preexistentes.**
3. **Hospitalización por padecimientos o procedimientos secundarios a intento de suicidio o lesiones auto infligidas.**
4. **Hospitalización por Accidentes a consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol y/o droga siempre y cuando el afectado sea responsable directo.**
5. **Hospitalización por Accidentes para tratamientos o procedimientos experimentales.**
6. **Hospitalización por Accidente a consecuencia de padecimientos psiquiátricos, demencia senil o abandono familiar.**
7. **Hospitalizaciones por Accidente que no sean médicamente necesarias o que no sean prescritas por el Médico Tratante.**

PREVALENCIA

La presente cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5.4 INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF)

En caso de que la Asegurada sea diagnosticada por primera vez de cáncer en alguno de los siguientes órganos y una vez transcurrido el periodo de espera indicado en estas Condiciones Generales, se le pagará por única ocasión la Suma Asegurada contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

Tipos de Cáncer cubiertos

- Cáncer en una o ambas mamas.
- Cáncer en el cérvix o cuello uterino.
- Cáncer en el útero o matriz.
- Cáncer en la vagina.
- Cáncer en la vulva.
- Cáncer en uno o ambos ovarios.
- Cáncer en una o ambas trompas de falopio.

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**

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

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza de esta Cobertura es independiente a cualquier otra contratada.

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías, ni de Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. **Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos, Incluyendo la displasia cervical o en cuello uterino NIC1, NIC2 y NIC3[1].**
2. **Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Última Edición de la AJCC[2].**
3. **Todos los cánceres de piel.**
4. **Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo, pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**
5. **Padecimientos Preexistentes.**
6. **Cualquier otro tipo de cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los beneficios de esta Cobertura como cubiertos.**
7. **Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado dentro del Periodo de Espera.**
8. **Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado después del fallecimiento de la Asegurada.**
9. **Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado por Médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge y/o hermanos.**

NOTAS:

1) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC): Es la clasificación para el cáncer cervicouterino según su estado de avance (1, 2, 3).

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

PREVALENCIA

La presente cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF) es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5.5 ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

Plan Seguro 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 a una (1) UMAM.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. **Se excluyen los gastos por padecimientos de nariz y senos paranasales derivados de un accidente.**
2. **Se excluyen los gastos derivados de un accidente por el uso de motocicleta como medio de transporte.**
3. **Se excluyen los gastos de prótesis dental por accidente.**

PREVALENCIA

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

5.6 ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE

Plan Seguro 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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. **Se excluyen los gastos por padecimientos de nariz y senos paranasales derivados de un accidente.**
2. **Se excluyen los gastos derivados de un accidente por el uso de motocicleta como medio de transporte.**
3. **Se excluyen los gastos de prótesis dental por accidente.**
4. **Se excluyen los gastos erogados a consecuencia de accidente de rodilla.**

PREVALENCIA

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

5.7 INCREMENTO DE 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

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**

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

5.8 EXTENSIÓN DEL PRIVILEGIO DE CONVERSION

Esta cobertura ampliará el monto de Suma Asegurada que cubrirá los gastos médicos erogados a partir de la fecha de inicio de cobertura de la Póliza Individual y que sean complementos de siniestros que fueron procedentes bajo las condiciones de la Póliza Colectiva siempre y cuando el Asegurado cumpla con lo establecido en la cláusula Privilegio de Conversión.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

a) **Se excluyen los padecimientos que hayan ocurrido fuera de la vigencia de la póliza colectiva.**
b) **Se excluyen las pólizas colectivas que no sean una prestación laboral.**
c) **Se excluyen asegurados menores a dos años de vigencia en la colectividad.**

PREVALENCIA. La presente cobertura de Extensión del Privilegio de Conversión es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

6. ATENCIONES OPCIONALES CON COSTO

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

1. Información y orientación sobre el proceso del servicio funerario las veinticuatro (24) horas del día, trescientos sesenta y cinco días (365) del año.
2. Recolección del cuerpo y primer traslado del lugar del fallecimiento o Servicio Médico Forense a la funeraria, con una distancia máxima de cincuenta (50) kilómetros a la redonda. En la Ciudad de México y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey y áreas conurbadas, el traslado se efectuará omitiendo la restricción de cincuenta (50) kilómetros.
3. Arreglo estético y embalsamado del cuerpo.
4. Facilidades para celebrar servicios religiosos en la sala de velación.
5. Sala de velación estándar dentro de la red del prestador a nivel nacional, o servicio en el domicilio sin costo adicional.
6. Segundo traslado de la funeraria o domicilio al cementerio o crematorio.
7. Orientación tanatológica y de contención vía telefónica, para un familiar del fallecido.
8. Asesoría telefónica en trámites *post mortem*: cobro de seguros, cancelación de cuentas, tarjetas bancarias y membresías, baja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y/o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), baja ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), cierre de vida digital.
9. Pago de derechos en panteones civiles y municipales. **No incluye adquisición de lotes, nichos, exhumaciones ni trabajos de albañilería.**

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**

10. Trámites de gestoría tales como gestión ante las autoridades del Registro Civil para la obtención del Acta de defunción, trámite y permiso de inhumación o cremación, trámite para obtener el permiso de cremación de parte del juzgado y pago de derechos de cremación. En caso de ser necesario se incluye la gestión y trámites para obtener los permisos de la Secretaría de Salud.
11. En caso de inhumación, se cubre el servicio de embalsamado.
12. Ataúd hasta de calibre veintidós (22), metálico o de madera, en caso de inhumación.
13. Servicio de cremación o inhumación.
14. Ataúd para velación y urna estándar en caso de cremación.
15. Publicación de obituarios en línea mediante una plataforma donde los familiares y amigos de la persona fallecida podrán interactuar en su obituario. Este incluye: templates, espacio para publicar memorias, espacio para integrar fotos y videos, sección de eventos para publicación de lugar y horarios de ceremonias, rosarios o eventos póstumos. Familiares y amigos podrán compartir y/o administrar las publicaciones que en éste se hagan.

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

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

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

6.2 ATENCIÓN MÉDICA POR VIDEOLLAMADA
En caso de que el Asegurado requiera de una orientación o asesoría con un médico general, podrá recurrir al beneficio de video consultas el cual se realizará por video llamada. Este beneficio se extiende para afecciones psicológicas y nutricionales. Asimismo, se otorga asesoría por chat, para resolución de dudas específicas relacionadas con la video consulta realizada con anterioridad.

Para la asesoría u orientación médica general, el servicio es ilimitado y únicamente para padecimientos de primer nivel de atención, como son la promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Este servicio de asesoría médica se presta de manera ininterrumpida, las veinticuatro horas al día, los trescientos sesenta y cinco días del año, incluyendo días festivos y no laborables.

La asesoría u orientación psicológica y nutricional se otorga máximo una sesión al día para cada servicio, previa cita y en un horario de 9:00 a 17:00 hrs de lunes a viernes.

Se realizará un informe médico el cual estará disponible para consulta del asegurado en el portal de servicio.

En caso de requerirse, se proporcionará receta médica para comenzar tratamiento del paciente, en la cual se incluyen los datos del doctor que lo atendió.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

a) **El servicio de Atención Médica por video llamada no incluye la asesoría u orientación médica de especialidad o subespecialidad.**
b) **Este beneficio no incluye la asesoría u orientación médica en caso de emergencias médicas.**
c) **En caso de que el asegurado se refiera al proveedor de manera irrespetuosa, podrá ser suspendido del servicio.**

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

6.3 ATENCION 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:

1. Armazones oftálmicos.
2. Micas graduadas.
3. Lentes de contacto (para astigmatismo o miopía).

Condiciones de uso:

- **El beneficio no es acumulable de un año a otro.**
- **Para esta atención no aplica reembolso.**
- **El beneficio no tiene valor en efectivo ni podrá canjearse por dinero.**

Exclusiones específicas de la atención visual:

- **Servicios proporcionados fuera del territorio nacional.**
- **Cualquier producto o servicio no especificado en esta descripción.**
- **Lentes de contacto cosméticos o de color.**
- **Soluciones, líquidos o estuches especiales.**
- **Medicamentos, aun cuando exista prescripción del médico tratante.**
- **Tratamientos o procedimientos distintos a los aquí previstos.**

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

6.4 ATENCION DENTAL

Esta cobertura es opcional, es decir, el Contratante decide si desea adquirirla o no y podrá elegir una de las opciones de planes que se describen a continuación.

Para acceder a los beneficios estipulados en cada plan, el Asegurado deberá comunicarse al teléfono **55 9595 0000**

Si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado requiere de algún servicio de atención dental en el territorio nacional, contará con los siguientes servicios dependiendo de la opción contratada:

a) Cobertura Dental Preventivo o Dental Amplio.

Módulo	Tratamiento	Descuento	
		Dental Preventivo	Dental Amplio
Diagnóstico y Prevención	Revisión y Diagnóstico	Sin costo	Sin costo
	Limpieza (opcional Flúor)	2 servicios sin costo	2 servicios sin costo
	Limpiezas Adicionales	70%	70%
	Radiografías		
	Radiografía aleta de mordida		
	Radiografía Oclusal		
	Radiografías Periapicales		
	Serie Radiográfica de 14 (Rx)		
Restaurativo Básico	Resinas	70%	70%
	Selladores		
	Resinas Adicionales		
	Amalgamas		
Procedimientos Quirúrgicos menores	Frenilectomia	10%	70%
	Frenilectomia Adulto		
	Frenilectomia Infantil		
	Extracción Infantil		
	Extracción Sencilla		
Endodoncias	Apexificación	10%	10%
	Apicectomía		
	Apicectomía dientes posteriores		

b) Cobertura Dental Inicial.

Dental Inicial		
Procedimiento	Limitaciones	Coaseguro
Evaluación completa.	Una en doce meses. Sólo en la primera consulta con el odontólogo.	0%
Limpieza dental en adulto y niño.	Una en doce meses.	0%

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

Dental Inicial		
Procedimiento	**Limitaciones**	**Coaseguro**
Consulta periodontal completa.	Una en doce meses. Aplica para pacientes con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más). Deberá realizarse por un periodoncista.	30%
Restauración con Amalgamas y Resinas.	Por cada diente o superficie una en tres alos. No se cubre el cambio por motivos estéticos.	30%
Límite anual		$10,000

Para estos planes sólo se autorizará la atención con dentistas fuera de convenio con el prestador y el pago vía reembolso en caso de Urgencia Dental o cuando el dentista se ubique en una población a más de 70 km o a 45 minutos o más de traslado por carretera partiendo del lugar de residencia o del centro de trabajo.

c) Cobertura Dental Plus

Planes	**Dental Plus**				
	Coaseguro (Participación del asegurado)				
	Clásico	**Completo**	**Especial**	**Integral**	**Privada**
Servicios Básicos					
Evaluación Completa y Limpieza dental	0%	0%	0%	0%	0%
Evaluación Periodontal, Amalgamas y Resinas	0%	20%	20%	0%	0%
Rayos X	0%	20%	20%	0%	20%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	20%	20%	20%	0%	20%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)	20%	20%	20%	0%	20%
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)	20%	20%	20%	0%	20%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)	Tratamientos No cubiertos, Descuento del 20%	50%	20%	Tratamientos No cubiertos, Descuento del 20%	50%

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

Planes	Dental Plus				
	Coaseguro (Participación del asegurado)				
	Clásico	Completo	Especial	Integral	Privada
Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)	Tratamientos No cubiertos, Descuento del 20%	Tratamientos No cubiertos, Descuento del 20%	Tratamientos No cubiertos, Descuento del 20%	Tratamientos No cubiertos, Descuento del 20%	50%
Deducible Anual por Persona	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
Límite anual por persona	$120,000	$120,000	$120,000	$120,000	$120,000

Para estos planes sólo se autorizará la atención con dentistas fuera de convenio con el prestador y el pago vía reembolso en caso de Urgencia Dental o cuando el dentista se ubique en una población a más de 70 km o a 45 minutos o más de traslado por carretera partiendo del lugar de residencia o del centro de trabajo.

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

6.5 BIOMETRÍA FACIAL

Se otorga el acceso a una herramienta digital que permite, brindar una puntuación general de salud basándose en los siguientes indicadores:

- Frecuencia Cardiaca
- Respiración
- Presión sanguínea sistólica y diastólica
- Variabilidad de la frecuencia cardiaca
- Ritmo cardíaco
- Índice de estrés
- Índice de masa corporal
- Ratio cintura-altura
- Índice de forma corporal
- Edad de piel facial

El servicio es sin límite en el número de eventos en la Vigencia de la Póliza y por Asegurado, mismo que se deberá comunicar al número **55 9595 0000** para solicitar el acceso o bien, consultar la página web www.planseguro.com.mx.

Esta es una herramienta de apoyo al diagnóstico mas no brinda diagnósticos avalados por médico alguno, por lo que la interpretación de resultados debe ser realizada por un médico.

El uso de esta herramienta no obliga a Plan Seguro a cubrir el padecimiento que llegue a detectarse por este medio, ya que dicha cobertura, queda sujeta a lo establecido por estas Condiciones Generales.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) **Servicios no especificados en este plan.**

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**

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

6.6 ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

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**.

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.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- **Prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas o rutinarias conocidas como "check up".**
- **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.**

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.

Para esta atención no aplica reembolso.

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, a solicitud del Asegurado, 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.

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

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

Para esta atención no aplica reembolso.

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.

Para esta atención no aplica reembolso.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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

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

Los Servicios de Asistencia 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.

Para esta atención no aplica reembolso.

CONFIRMACIÓN, CORRECCIÓN Y/O RE-CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

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

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

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**

Para esta atención no aplica reembolso.

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

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

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

Para esta atención no aplica reembolso.

BOLETO PARA UN FAMILIAR

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

Para esta atención no aplica reembolso.

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, a solicitud del Asegurado, 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.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

1. **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.**
2. **Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes de duración superior a noventa (90) días naturales.**
3. **Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza.**

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

4. **Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
5. **Los servicios de atención que el beneficiario haya gestionado, contratado y/o pagado por su cuenta.**
6. **Los servicios de atención que sean consecuencia de:**
   a. **Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya o no declarado la guerra), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
   b. **Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.**
   c. **La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en el caso de defensa.**
   d. **La práctica de deportes como profesional así como la participación del Asegurado en competiciones oficiales y/o en exhibiciones.**
   e. **La participación del Asegurado en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
   f. **Los causados por mala fe del Asegurado.**
   g. **Las irradiaciones de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier otro tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
   h. **Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**
7. **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.**
8. **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.**
9. **Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.**
10. **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.**
11. **Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.**
12. **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.**
13. **Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

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**

14. **La muerte o lesiones originadas, por actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.**

15. **Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia.**

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

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

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1 CLÁUSULAS DE INTERES PARA EL ASEGURADO

RENOVACIÓN

La Aseguradora podrá renovar la Póliza cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, siempre y cuando las dos partes lo estipulen por escrito, dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia, dicha renovación se realizará en condiciones similares en que fueron contratadas, salvo que el Contratante solicite cotización con diferentes condiciones debiendo cumplirse en ambos casos con la regla de aseguramiento señalada en la Cláusula Edad y Colectivos Asegurables del presente apartado.

Advertencia: En este Seguro de Salud, a partir de que el Asegurado alcance una edad avanzada, las Primas tendrán incrementos que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de Primas de este Seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante.

En caso de que ocurra una baja que implique que la Colectividad Asegurada no cuente con el número mínimo de titulares que corresponda al producto contratado, la propuesta de renovación se podrá presentar en otra modalidad y/o producto, de conformidad a los lineamientos internos que se encuentren vigentes en la Compañía.

PÉRDIDA DEL DERECHO DE RENOVACIÓN

El Contratante y/o Asegurado perderá el derecho a la renovación 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.

PRIMA

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.

Queda convenido que Plan Seguro podrá optar realizar el cobro de una extraprima, por aquellos padecimientos que impliquen una mayor probabilidad de ocurrencia del Siniestro.

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 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

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

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

ALTA DE ASEGURADOS

El Contratante deberá 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, para aquellos asegurados que ingresen a la Colectividad con posterioridad a la celebración del Contrato y que además haya otorgado su consentimiento después de los treinta días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad, como parte del procedimiento de suscripción, Plan Seguro podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

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

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

Si la Regla de Asegurabilidad del Colectivo lo permite, en caso de que el Asegurado contraiga matrimonio o está en concubinato, el cónyuge o concubinario que posea tal carácter podrá quedar igualmente cubierto, siempre y cuando se dé aviso por escrito a Plan Seguro y se anexen Cuestionario(s) Médico(s), Solicitud debidamente llenada y firmada por el Asegurado (en caso de haber contraído matrimonio, anexar acta de matrimonio).

El contratante y/o Asegurado Titular contarán con un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente, para realizar el pago de la prima, la falta de cumplimiento tendrá como consecuencia que, los efectos del contrato cesen automáticamente conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Los miembros que estén en servicio activo y que ingresen a la Colectividad Asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta (30) días naturales

siguientes al inicio de vigencia del Contrato celebrado, quedarán asegurados bajo las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurable.

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

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

Cuando el otorgamiento del Seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral y si existe un cambio de Contratante, Plan Seguro podrá rescindir o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce (12) horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del Contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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, certificado y/o Póliza correspondiente y se cumpla los siguientes requisitos:

a) Se dé aviso por escrito dentro de los treinta días naturales siguientes al nacimiento.
b) Se anexe constancia de salud y el certificado o acta de nacimiento expedida en territorio nacional.

Para los niños de hasta tres años deberá anexarse a la Solicitud de Seguro, el informe médico del Médico Pediatra donde especifique su estado de salud.

De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de Plan Seguro.

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

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 **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 períodos de tiempo de igual duración, siempre y cuando estos no sean inferiores a un mes. En caso de que la Póliza se viera afectada por un Siniestro ocurrido dentro del período pagado y la Prima fuera de manera fraccionada, Plan Seguro deducirá de la Indemnización a pagar al Asegurado, el total de la Prima pendiente de pago que corresponda a las parcialidades por devengar.

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**

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

Las Primas convenidas deberán pagarse 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.

El recibo de pago de nómina o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que el contratante y/o asegurado tiene derecho a la atención respectiva y, en su caso, a la cobertura, siempre y cuando la indemnización sea procedente de conformidad con los términos y condiciones pactados en las condiciones generales, incluso si dicha Institución o Sociedad Mutualista o a quien esta designe no haya entregado el recibo expedido por esta o recibido del retenedor los fondos correspondientes.

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

En caso de que el Asegurado decida realizar el pago de la Prima mediante cheque, éste tendrá que librarse a nombre de Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, y será responsabilidad del Contratante y/o Asegurado que al momento de ser girado cuente con los fondos suficientes para el pago y que la chequera o cuenta se encuentre vigente y libre de cualquier situación que impida que el cheque sea cobrado por Plan Seguro. En caso de no cumplir con lo arriba señalado, los efectos del contrato de Seguro cesarán automáticamente en términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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.

SUMA ASEGURADA

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

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 a 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.

OCUPACIÓN

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

EDAD

Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos sin límite de edad de aceptación siempre y cuando se aplique un Examen de Selección Médica a las personas de más de setenta (70) años en los casos de Pólizas nuevas y sin límite de edad para las renovaciones, siempre y cuando, cumplan con la regla y los requisitos de aseguramiento. **Plan Seguro se reserva el derecho de aceptar o indicar bajo qué condiciones se emitirá la Póliza.**

Plan Seguro se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de edad de cada Asegurado y una vez comprobada, Plan Seguro deberá anotarlos en la propia Póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado.

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

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

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 período comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la Póliza y

la fecha en que Plan Seguro emitió la respectiva autorización, así como 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- Cuando el padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el padecimiento.
- La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la Accidente y/o Enfermedad que haya afectado al Asegurado.
- Terminación de la vigencia de la Póliza, salvo lo indicado en la cláusula de Período de Beneficio.
- Terminación anticipada de la Póliza por parte del Contratante.

PERIODO DE BENEFICIO

Mientras el Asegurado renueve con Plan Seguro su Póliza de Seguro de Salud para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza, los gastos por cada padecimiento se continuarán pagando hasta certificarse la curación de este mediante la Alta médica o al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes, lo que ocurra primero.

Si termina la vigencia de esta Póliza y no se renueva, Plan Seguro cubrirá los padecimientos 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 meses contados a partir de la fecha de término de vigencia, lo que ocurra primero.

PERIODO DE GRACIA

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

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

PERIODO AL DESCUBIERTO

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 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 los 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.**

RECONOCIMIENTO DE 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

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**

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 Períodos de Espera, excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen coberturas en las cuales no opera el reconocimiento de antigüedad bajo ninguna circunstancia.

La Antigüedad reconocida para cada Asegurado será indicada en la Carátula de Póliza. **Para otorgar el reconocimiento de antigüedad, se requiere que el período mínimo transcurrido en la Póliza inmediata anterior sea de al menos doce (12) meses. Para reconocer un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o Contratante deberá comprobar a Plan Seguro que durante ese periodo la(s) Prima(s) de la(s) Póliza(s) fue(ron) pagada(s).**

DIRECTORIO MEDICO Y HOSPITALARIO.

Listado de Hospitales y Médicos en Convenio con Plan Seguro, los cuales deberán ser consultados por el Asegurado en la página web www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado Directorio médico y hospitalario.

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 en Colaboración 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.

CAMBIO DE PARÁMETROS

En caso de que el Contratante 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.

CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

En caso de que el Contratante desee realizar un cambio de plan o producto, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, reconociendo su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra, **Plan Seguro, se reserva el derecho de autorizar o rechazar el cambio.**

Cuando el Contratante solicite adicional al cambio de plan o producto, cambios en los Beneficios o incremento de Suma Asegurada, **Plan Seguro se reserva el derecho de autorización, así como de aplicar el procedimiento de selección que considere necesario.**

Los padecimientos y/o diagnósticos que se originen a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza adquirida con motivo del cambio de plan o producto, quedarán amparados 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 Períodos de Espera descritos **excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.**

BAJA DE ASEGURADOS

Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer definitivamente a la Colectividad Asegurada desde el momento en que ocurra la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido, para lo cual el Contratante deberá dar aviso por escrito a Plan Seguro de la separación definitiva. Los Beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, **excepto por siniestros que se encuentren dentro del período en que la Póliza estuvo en vigor.** En este caso, Plan Seguro restituirá al Contratante la Prima Neta Cobrada No Devengada calculada en días exactos en Pólizas de colectivo, en caso que haya contribución en el pago de la Prima, se devolverá la parte que le corresponde al Contratante de la Prima Neta Cobrada No Devengada, así como la parte que le corresponde al Asegurado en la misma proporción en la que contribuyeron.

En caso de que exista algún Siniestro que afecte al Asegurado que se está dando de baja, no habrá devolución de Prima por dicho Asegurado, ya que se considera devengada en su totalidad.

Para el caso de devolución de Prima Neta Cobrada No Devengada, el Asegurado deberá manifestar por escrito que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la póliza, por lo que, si posteriormente a dicha devolución el asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de indemnización por haber cesado ya los efectos del contrato de seguro.

En caso de que resulte procedente la devolución de la Prima Neta Cobrada No Devengada, Plan Seguro tendrá un plazo de treinta (30) días para el reembolso de la cantidad correspondiente, en tal situación, el periodo de beneficio no resultará aplicable.

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

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por tanto continuarán dentro del Seguro hasta la terminación del Contrato o cancelación del mismo, siempre y cuando la regla de asegurabilidad establecida en la colectividad asegurada lo permita.

Se excluirán de la Cobertura de esta Póliza, a partir del momento en que se notifique a Plan Seguro:

a) **Los Hijos que dependan económicamente del Asegurado Titular, cuando estos contraigan matrimonio.**

a) **La Esposa(o) o Concubina(o) que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil Federal, en caso de divorcio o término del concubinato.**

En caso de que ocurra una baja de más del quince por ciento de los integrantes de la Colectividad Asegurada, Plan Seguro, tendrá derecho de efectuar los ajustes

correspondientes en la Prima de acuerdo a las nuevas características de la Colectividad Asegurada, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Este derecho aplica exclusivamente para los Asegurados de aquellas empresas en las que participe el 100% del grupo asegurable y la Prima sea pagada al 100% por el Contratante.

Si el Asegurado deja de pertenecer a la colectividad asegurada, tendrá opción él, así como sus Dependientes Económicos que se encuentren inscritos en el registro de Asegurados de la presente Póliza Colectiva, a contratar una póliza individual con condiciones equiparables a las que tenía contratadas, sin examen médico de selección, salvo en aquellos casos en los que se desee contratar parámetros diversos a la póliza colectiva, en cuyo caso si se aplicará examen de selección, reconociendo la antigüedad generada en la Póliza Colectiva, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1) La edad del titular y cónyuge debe ser menor a 64 años al momento de la baja en la Póliza Colectiva.
2) Contar cuando menos con 2 años de antigüedad en la Póliza a partir de su fecha de alta en la Póliza Colectiva.
3) Solicitar el Derecho de Conversión dentro de un plazo máximo de 30 días naturales a partir de la fecha de baja de la Póliza Colectiva.

Los Gastos médicos erogados a partir de la fecha de inicio de cobertura de la Póliza Individual y que sean complementos de siniestros que fueron procedentes bajo las condiciones de la Póliza Colectiva, estarán cubiertos hasta el monto que resulte menor entre el remanente de Suma Asegurada, la Suma Asegurada de la Póliza Individual y la cantidad de $250,000.00 (Doscientos Cincuenta Mil Pesos).

7.2 CLÁUSULAS OPERATIVAS

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

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

en estas Condiciones Generales, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación el número de reporte que le fue proporcionado por Plan Seguro y acta del Ministerio Público, esta última cuando Plan Seguro así lo requiera.

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 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.

COLECTIVOS ASEGURABLES.

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

Se considera como COLECTIVO tipo A: Aquellas colectividades que cumplan con las características mencionadas en los incisos que anteceden y que estén conformadas por lo menos por el ochenta y cinco por ciento (85%) de la colectividad asegurable y como mínimo por veinticinco (25) Titulares, en donde la

contratación es obligatoria para todos los miembros de la colectividad, es decir, se trata de una prestación laboral en donde la regla de asegurabilidad no es discriminatoria.

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

En caso de que ocurra una baja que implique que la Colectividad Asegurada no cuente con el número mínimo de titulares que corresponda al producto contratado, la propuesta de renovación se podrá presentar en otra modalidad y/o producto, de conformidad a los lineamientos internos que se encuentren vigentes en la Compañía.

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

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

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

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE

Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento mediante aviso por escrito a Plan Seguro. En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza y la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 100 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada. **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.**

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

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

La devolución de Prima Neta Cobrada No Devengada se realizará en un plazo que no excederá de treinta (30) días, una vez recibida la documentación completa y correcta para tales efectos.

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

En caso de fallecimiento del Asegurado, se aplican las reglas descritas en esta Cláusula.

RESIDENCIA

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

TERRITORIALIDAD

Las coberturas contenidas en las presentes disposiciones generales, aplicarán únicamente dentro del territorio mexicano, lo anterior sin perjuicio de que el Asegurado pueda contratar las coberturas adicionales con costo adicional de Emergencia en el Extranjero y de Atención Médica en el Extranjero.

VIGENCIA DEL CONTRATO

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

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

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

7.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES

OBJETO DEL SEGURO

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

- 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.

CONTRATO

Forman parte de este Contrato las declaraciones del Contratante y/o Asegurados 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, Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos y estas Condiciones Generales, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

Plan Seguro se reserva el derecho de expedir Endosos, extra primando o excluyendo determinados padecimientos, de acuerdo al proceso de selección que se lleva a cabo con motivo de la Solicitud del Seguro. Aplica el mismo derecho de expedir Endosos al momento de rehabilitar una Póliza o en caso de cambio de plan o producto.

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

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

COMPETENCIA

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

a. Ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Plan Seguro (UNE) y el Centro de Atención Telefónica de Plan Seguro en el teléfono **55 9595 0000**.
b. Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus subdelegaciones.
c. En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante o en la que hubiere presentado su reclamación.

DATOS DE CONTACTO

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

- 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.
- Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.planseguro.com.mx
- En el horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas y viernes de 9:00 a 13:30 horas. Correo electrónico: 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 Beneficiarios, se necesita, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

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

AGRAVACION 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 Asegura-

do, 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 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 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 beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Plan Seguro, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del artículo 492 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 51 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) Con-tratante(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 beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Plan Seguro consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior,

con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad 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

Se agrega un anexo que incluye los artículos citados en las presentes Condiciones Generales, así también podrán ser consultados por los Asegurados o Contratante en el Anexo de Preceptos Normativos, el cual se encuentra en la siguiente página web: www.planseguro.com.mx

MONEDA

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

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

OTROS SEGUROS

Cuando se contrate en varias Empresas Aseguradoras un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada una de las Empresas Aseguradoras la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de las Empresas Aseguradoras, así como de las Sumas Aseguradas.

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

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

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

RECTIFICACIÓN DE PÓLIZAS

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Artículo 25.- Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

INTERES MORATORIO

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, Plan Seguro pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios.

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo.

c) La obligación principal.

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

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

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

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

COMUNICACIONES

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

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta (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.

Previo consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, Contratante o Asegurado, Plan Seguro, entregará dicha documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro

formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, Contratante y/o Asegurado.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

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

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

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

REVELACIÓN DE COMISIONES

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

7.4 PAGO DE SINIESTROS

AVISO DE SINIESTROS

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

ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA

En caso de Accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general y que, el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite dar aviso a un Ministerio Público, el Asegurado se obliga a presentar copia de la denuncia iniciada, 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 Generales para Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, **salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.**

RECLAMACIONES

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

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

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

Asimismo, Plan Seguro de conformidad con el Articulo 69 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.

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.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

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

- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado afectado y/o su representante legal.
- Comprobante de domicilio actual (si el domicilio plasmado en el INE coincide con el notificado en el aviso de Accidente o Enfermedad, no es necesario).
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Este documento se presentará por el Titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por su Padre, Madre, y/o representante legal.

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**

- Informe Médico en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento del Accidente y/o Enfermedad; por lo tanto, se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico Tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe Médico que exhiba el Asegurado. **En caso de que el Asegurado y/o Contratante presenten un segundo informe médico o constancia aclaratoria, será motivo de rechazo en términos del artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**
- Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.
- Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Accidente o Enfermedad, deberán solicitarse a nombre del paciente asegurado afectado si es mayor de diecisiete (17) años, Titular o Contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Facturas de honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Cada factura deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.
- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar una factura por cada visita realizada y cada factura se acompañará de un informe del Médico Tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como los requisitos fiscales vigentes.
- Desglose de la cuenta o comanda cuando se trate de atención hospitalaria.
- Recetas de medicamentos cuando exista prescripción del Médico Tratante.
- Recetas médicas para aparatos ortopédicos o equipo especial.

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

Todas las notas, facturas, así como los Avisos de Accidente y/o Enfermedad e Informes Médicos deberán ser entregados por el Asegurado y/o Contratante de forma original, en caso de que Plan Seguro no cuente con ellas, se entenderá que se encuentran bajo custodia del Contratante y/o Asegurado, quien deberá proporciónalas cuando Plan Seguro así lo solicite. Toda la documentación deberá cumplir con los requisitos legales y reglamentos fiscales que correspondan para ser válidos y quedarán en poder de Plan Seguro, una vez pagada la Indemnización correspondiente.

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

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

Plan Seguro 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**

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

En toda reclamación que se realice a consecuencia de una Accidente y/o Enfermedad 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. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la Participación del Asegurado en toda la reclamación.

Para gastos complementarios a un Siniestro pagado y para el 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 colaboración con Plan Seguro y cuando la indemnización sea a través de Pago Directo, se contará con la reducción de una (1) UMAM sobre el Deducible contratado y adicionalmente se eliminarán cinco (5) puntos porcentuales del Coaseguro contratado.

Estos beneficios no aplican en:

a) **Pagos por Reembolso.**
b) **Cuando la atención sea en una Clasificación Hospitalaria mayor a la contratada.**

Si el Asegurado se atiende en un hospital de Clasificación Hospitalaria superior a la contratada, por cada nivel por encima del contratado, se aplicarán quince (15) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado. En el caso Emergencia Médica no aplica la penalización por acudir a una clasificación hospitalaria superior.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro si el Asegurado se atiende en una Clasificación Hospitalaria superior a la contratada.

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	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	BAJIO: Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luís Potosí y Zacatecas
6	SUR: Puebla, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Tlaxcala y Veracruz
7	OCCIDENTE II: Michoacán y Sinaloa
8	NOROESTE: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua y Sonora
9	SURESTE: Tabasco, Yucatán, Quintana Roo y Campeche.

1 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.

2 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

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**

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.

3 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.

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente los documentos a presentar en caso de Siniestro son:

Si la hospitalización es en Hospital Privado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Informe Médico debidamente requisitado.
- Resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora y fecha de inicio de la hospitalización firmada por Médico Tratante.
- Constancia hospitalaria con fecha, hora y Diagnóstico de ingreso y egreso.

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Nota de Alta especificando fecha de ingreso y egreso, así como diagnóstico de ingreso y egreso y resumen clínico.

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino, los documentos a presentar en caso de Siniestros son:

Si la hospitalización es en Hospital Privado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Informe Médico debidamente requisitado.
- Resumen clínico de la paciente incluyendo: antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio histopatológico, tratamiento quirúrgico si es que se practicó, así como tratamiento de seguimiento (Quimioterapia o Radioterapia); este documento deberá ser firmado por un Médico Tratante, el cual debe de cumplir con la definición de Médico en Condiciones Generales.
- Estudio Histopatológico emitido por un Médico Patólogo con cédula profesional con clasificación de acuerdo a la TNM vigente en la fecha de ocurrencia del Siniestro.

Si el tratamiento es en Hospital Público legalmente autorizado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Nota de Alta especificando fecha de ingreso y egreso, así como Diagnóstico de ingreso y egreso.
- Resumen clínico de la paciente incluyendo: antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio histopatológico, tratamiento quirúrgico si es que se practicó, así como tratamiento de seguimiento (Quimioterapia o Radioterapia); este documento

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**

deberá ser firmado por el Médico Tratante, el cual debe de cumplir con la definición de Médico en Condiciones Generales.
- Estudio Histopatológico emitido por un Médico Patólogo con cédula profesional con clasificación de acuerdo a la TNM vigente en la fecha de ocurrencia del Siniestro.

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

Tratándose de la Indemnización Diaria de Hospitalización por Accidente:

- Historia clínica completa y firmada por Médico Tratante.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Estudios histopatológicos, si aplican.

Tratándose de la Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino:

- Historia clínica completa y firmada por Médico Tratante, indicando si el tumor es Primario o secundario.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete que avalen el diagnóstico.
- Constancia hospitalaria con diagnóstico de ingreso y egreso, firmada por Médico Tratante.
- Estudio Histopatológico

Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar los originales de todas las facturas, así como los Avisos de Accidente y/o Enfermedad e informes médicos o cualquier otro documento necesario para la reclamación. Toda la documentación deberá cumplir con los requisitos legales y reglamentos fiscales que correspondan para ser válidos y quedarán en poder de Plan Seguro, una vez pagada la Indemnización correspondiente.

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

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

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

PAGO DE RECLAMACIONES

- Salvo pacto en contrario, los Siniestros que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán pagados en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que Plan Seguro reciba el total de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- Todos los Siniestros cubiertos por Plan Seguro serán liquidados a cada Asegurado o Contratante mediante transferencia electrónica.

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

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente la indemnización se dará al comprobarse la hospitalización de acuerdo a las condiciones, definiciones y requisitos de la Póliza. El pago de toda indemnización procedente se realizará al Asegurado(a), a menos que haya muerto, en cuyo caso, se pagará a quien acredite legalmente su derecho a recibir dicho pago

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino la indemnización se dará al comprobarse el diagnóstico de acuerdo a las condiciones, definiciones y requisitos de la Póliza. El pago de toda indemnización procedente se realizará a la Asegurada, a menos que haya muerto, en cuyo caso, se pagará a quien acredite legalmente su derecho a recibir dicho pago

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Clasificación Hospitalaria correspondiente a su plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a la contratada, además del Coaseguro correspondiente al plan contratado, pagará quince (15) puntos adicionales sobre los gastos cubiertos, por cada clasificación hospitalaria superior al contratado, todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso.

En el caso Emergencia Médica no aplica la penalización por acudir a una clasificación hospitalaria superior o cambio de zona de atención.

Plan Seguro, se reserva la facultad de solicitar al Contratante y/o Asegurados de es-te Contrato, exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos, interconsultas, informes, informes médicos de apoyo, peritajes, declaración de Accidente cuando corresponda, protocolos operatorios, expedientes clínicos, copia de la carpeta de investigación iniciada por el Ministerio Público y demás documentos que sirven para establecer la procedencia del beneficio requerido. Los exámenes adicionales y peritajes que soliciten al Contratante y/o Asegurados serán a cargo de Plan Seguro para su uso exclusivo.

PAGOS IMPROCEDENTES

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar el pago a Plan Seguro. En caso de que el Asegurado se realice una cirugía, procedimiento o tratamiento médico diferente al inicialmente programado, mismo que fue autorizado para ser cubierto por Pago Directo, Plan Seguro quedará en pleno derecho de cancelar la autorización del pago respectivo, quedando todos los gastos a cargo del Asegurado.

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

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.

8. DOCUMENTOS ADICIONALES

8.1 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

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

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 constituido 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

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

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 30 de octubre de 2026 con el número CNSF-H0701-0124-2026/CONDUSEF-006229-06.

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.

(+52) 55 9595 0000

www.planseguro.com.mx