

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL



Esencial CG

**PLAN
SEGURO** 

1. DEFINICIONES

1.1	ABDOMEN AGUDO	6
1.2	ACCIDENTE	6
1.3	ACCIDENTE DE RODILLA	6
1.4	ANESTESIÓLOGO	6
1.5	ANTIGÜEDAD	6
1.6	ASEGURADO	6
1.7	ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO	6
1.8	AYUDANTE	6
1.9	BASE HOSPITALARIA	6
1.10	CÁNCER	7
1.11	CARÁTULA DE LA PÓLIZA	7
1.12	CIRCUNCISIÓN PROFILÁCTICA	7
1.13	COASEGURO	7
1.14	CONTRATANTE	7
1.15	DEDUCIBLE	7
1.16	EMERGENCIA MÉDICA	7
1.17	EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	7
1.18	ENDOSO	7
1.19	ENFERMEDAD	7
1.20	ENFERMEDAD CUBIERTA	7
1.21	ENFERMERA	8
1.22	EVENTO	8
1.23	EXTRAPRIMA	8
1.24	GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	8
1.25	HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA	8
1.26	HOSPITALIZACIÓN	8
1.27	INTERÉS ASEGURABLE	8
1.28	INDEMNIZACIÓN	8
1.29	INFORME MÉDICO	8
1.30	INICIO DE COBERTURA	8
1.31	INSTRUMENTISTA	8
1.32	LESIÓN AGUDA	8
1.33	MÉDICO	8
1.34	MÉDICO ESPECIALISTA	9
1.35	MÉDICO SUBESPECIALISTA	9
1.36	MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO	9

1.37	ORDEN DE ATENCIÓN	9
1.38	ÓRTESIS	9
1.39	PADECIMIENTO	9
1.40	PADECIMIENTO CONGÉNITO	9
1.41	PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO	9
1.42	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	9
1.43	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS	10
1.44	PAGO DIRECTO	10
1.45	PAGO POR REEMBOLSO	10
1.46	PARTO	10
1.47	PARTO PREMATURO	10
1.48	PERIODO DE ESPERA	10
1.49	PROCEDIMIENTO AMBULATORIO	10
1.50	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	10
1.51	PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	10
1.52	RECLAMACIÓN	10
1.53	RECIÉN NACIDO O NEONATO	10
1.54	SIGNO	10
1.55	SINIESTRO	11
1.56	SÍNTOMA	11
1.57	SOLICITUD DE SEGURO	11
1.58	SUMA ASEGURADA	11
1.59	TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS	11
1.60	TOPE MÁXIMO DE COASEGURO	11
1.61	TRASLADO	11
1.62	UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)	11
1.63	UNITED STATES DOLLAR (USD)	11
1.64	VIDA DE LA PÓLIZA	11

2. COBERTURAS BÁSICAS

2.1	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS	12
2.1.1	AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA	12
2.1.2	CONSULTAS MÉDICAS	12
2.1.3	CONSUMO DE OXÍGENO	12
2.1.4	GASTOS HOSPITALARIOS	12
2.1.5	HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS	13
2.1.6	HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO	13

2.1.7	HONORARIOS DE AYUDANTE	13
2.1.8	HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO	13
2.1.9	LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGÍA	13
2.1.10	MEDICAMENTOS	13
2.1.11	PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	14
2.1.12	PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA	14
2.1.13	PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL	14
2.1.14	QUIROPRACTICOS	15
2.1.15	REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	15
2.1.16	TRANSFUSIONES Y APLICACIONES	15
2.1.17	TRASPLANTE DE ÓRGANOS	15
2.1.18	TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	16
2.1.19	TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERVIADOS DE UN ACCIDENTE	16
2.1.20	TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS	16
2.2	OTROS GASTOS CUBIERTOS	16
2.2.1	ALIMENTACIÓN PARENTERAL	16
2.2.2	ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS CON PRESTADORES DE SERVICIOS SIN CONVENIO CON PLAN SEGURO	16
2.2.3	EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS	16
2.2.4	EXPANSORES MAMARIOS	16
2.2.5	LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO	16
2.2.6	PTOSIS PALPEBRAL	16
2.2.7	VACUNAS	16
2.3	GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA	17
2.3.1	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO	17
2.3.2	PARTO O CESÁREA	17
2.3.3	PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	17
2.3.4	GASTOS CUBIERTOS DESPUES DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA	18
2.3.5	GASTOS CUBIERTOS DESPUES DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA	18

3. ASISTENCIAS INCLUIDAS

3.1 ASISTENCIA DENTAL BÁSICO	19
3.2 ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA EN ESTADOS UNIDOS	19
3.3 ASISTENCIA FUNERARIA	20
3.4 ASISTENCIA MÉDICA	20
3.5 ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL	22

4. EXCLUSIONES GENERALES 24 - 27

5. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO 27

5.1 COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	27
5.2 COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO	28
5.3 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)	29
5.4 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF)	29
5.5 COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	30
5.6 COBERTURA DE INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA	30
5.7 COBERTURA DE REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	31

6. CLÁUSULAS GENERALES 31

6.1 CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	31
6.1.1 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	31
6.1.2 PRIMAS	32
6.1.3 ALTA DE ASEGURADOS	32
6.1.4 ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA	32
6.1.5 FORMA DE PAGO	32
6.1.6 OCUPACIÓN	33
6.1.7 EDAD	33
6.1.8 REHABILITACIÓN	33
6.1.9 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	33
6.1.10 PERIODO DE BENEFICIO	33
6.1.11 PERIODO DE GRACIA	33
6.1.12 PERIODO AL DESCUBIERTO	34
6.1.13 CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO	34

6.1.14	ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA	34
6.2	CLÁUSULAS OPERATIVAS	34
6.2.1	COBERTURA DEL CONTRATO	34
6.2.2	TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE	34
6.2.3	RESIDENCIA	34
6.2.4	VIGENCIA	35
6.3	CLÁUSULAS CONTRACTUALES	35
6.3.1	OBJETO DEL SEGURO	35
6.3.2	CONTRATO	35
6.3.3	COMPETENCIA	35
6.3.4	DATOS DE CONTACTO	36
6.3.5	PRESCRIPCIÓN	36
6.3.6	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	36
6.3.7	TERRITORIALIDAD	37
6.3.8	MONEDA	37
6.3.9	OTROS SEGUROS	37
6.3.10	MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	37
6.3.11	RECTIFICACIÓN DE PÓLIZAS	37
6.3.12	INTERÉS MORATORIO	37
6.3.13	SUBROGACIÓN DE DERECHOS	38
6.3.14	COMUNICACIONES	39
6.3.15	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN	39
6.4	PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	39
6.4.1	AVISO DE SINIESTRO	39
6.4.2	ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA	39
6.4.3	RECLAMACIONES	39
6.4.4	PAGO DE RECLAMACIONES	41
6.4.5	PAGOS IMPROCEDENTES	42

1. DEFINICIONES

1.1 ABDOMEN AGUDO:

Es la entidad patológica perteneciente a cualquier estructura anatómica que conforma la cavidad abdominal ocasionada por una enfermedad y/o accidente de inicio súbito y agudo de evolución rápida que pone en riesgo la vida del paciente y requiere de una atención médica de emergencia.

1.2. ACCIDENTE.

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

No se considera Accidente:

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

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

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente Cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para que éste sea considerado como un Gasto Médico Mayor, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indica en el apartado Pago de Siniestros e Indemnizaciones para Aviso de Siniestro.

1.3. ACCIDENTE DE RODILLA.

Serán considerados accidentes 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.

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

1.4. ANESTESIÓLOGO.

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

1.5. ANTIGÜEDAD.

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

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

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

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

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

1.6. ASEGURADO.

Es la persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

1.7. ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO.

Primeras atenciones médicas que recibe el Recién Nacido para adaptarse a la vida extrauterina.

1.8. AYUDANTE.

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

1.9. BASE HOSPITALARIA.

Para fines de este Contrato, los Hospitales, Sanatorios o Clínicas se clasificarán de acuerdo a una Base Hospitalaria.

1.10. CÁNCER.

Es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento sin control y diseminación de células malignas a través de la invasión y destrucción de tejido normal. El cáncer debe requerir tratamiento por medio de cirugía o Radioterapia o Quimioterapia. El diagnóstico debe ser confirmado por medio de un reporte válido de Patología y un reporte de un Especialista certificado.

1.11. CARÁTULA DE LA PÓLIZA

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

1.12. CIRCUNCISIÓN PROFILÁCTICA

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.

1.13. COASEGURO.

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

1.14. CONTRATANTE.

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

1.15. DEDUCIBLE.

Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la Carátula de la Póliza y se aplica una vez por padecimiento.

1.16. EMERGENCIA MÉDICA.

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

1.17. EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

Cuando el Asegurado requiera de atención médica inmediata fuera de Territorio Nacional, debido a cualquier alteración órgano-funcional repentina, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad, de tal severidad que ponga en peligro la vida, la integridad corporal o la funcionalidad de alguno de los órganos del Asegurado.

1.18. ENDOSO.

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

1.19. ENFERMEDAD.

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

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

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

1.20. ENFERMEDAD CUBIERTA.

Se cubrirá cualquier Enfermedad:

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

El tratamiento médico o quirúrgico derivado de complicaciones, secuelas o recaídas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

1.21. ENFERMERA.

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

1.22. 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.

1.23. EXTRAPRIMA.

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

1.24. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO.

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

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

1.25. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA.

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

1.26. HOSPITALIZACIÓN.

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

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

1.27. INTERÉS ASEGURABLE.

La relación económica que existe entre el Contratante y él o los Asegurados, amparados por la póliza.

1.28. INDEMNIZACIÓN.

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

1.29. INFORME MÉDICO.

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

1.30. INICIO DE COBERTURA.

Es la fecha en que el Asegurado es dado de alta en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual 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.

1.31. 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.

1.32. LESIÓN AGUDA.

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

1.33. MÉDICO.

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

1.34. MÉDICO ESPECIALISTA.

Persona que ejerce la Medicina alopática y que, mediante una residencia médica de posgrado, adquirió los conocimientos médicos relativos a un área específica del cuerpo humano, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente.

1.35. MÉDICO SUBESPECIALISTA.

Médico especialista, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente, que mediante una residencia médica de posgrado de un grado superior de estudios al de médico especialista, obtuvo un conjunto de conocimientos relativos a un área delimitada de la especialidad.

1.36. MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO.

Son los prestadores que proporcionan los servicios de salud a quienes se identifican como asegurados de Plan Seguro, relacionados con las coberturas contratadas a través de su póliza de seguro, dichos prestadores podrán ser consultados por el Asegurado en la página web: www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado: 1"Servicios y Oficinas", 2"Asegurado", 3"Directorio", en el que se muestra el listado de médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro.

Cuando acudan a recibir servicios de salud con médicos y hospitales que tengan o no convenio con Plan Seguro, aplica el procedimiento descrito en la cláusula que define la participación del asegurado.

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

1.37. ORDEN DE ATENCIÓN.

Documento expedido por Plan Seguro a favor del Asegurado para acceder a consultas médicas, exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología y estudios especiales. Las órdenes de atención tendrán una vigencia de 15 días a partir de su expedición.

1.38. ÓRTESIS.

Cualquier aparato que ayuda al correcto funcionamiento de un órgano.

1.39. PADECIMIENTO.

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

1.40. PADECIMIENTO CONGÉNITO.

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

1.41. PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO.

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

1.42. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.43. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.

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

1.44. PAGO DIRECTO.

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

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

1.45. PAGO POR REEMBOLSO.

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

1.46. PARTO

El parto se define como la expulsión de uno (o más) fetos maduros y la (s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

1.47. PARTO PREMATURO.

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

1.48. PERIODO DE ESPERA.

Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado con Plan Seguro, a fin de que los padecimientos indicados expresamente en el apartado "Gastos Cubiertos con Periodo de Espera" de estas Condiciones Generales puedan ser cubiertos por el Seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

1.49. PROCEDIMIENTO AMBULATORIO.

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

1.50. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.

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

1.51. PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.

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

1.52. RECLAMACIÓN.

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

1.53. RECIEN NACIDO O NEONATO.

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

1.54. SIGNO.

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

1.55. SINIESTRO.

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

1.56. SÍNTOMA.

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

1.57. SOLICITUD DE SEGURO.

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

1.58. SUMA ASEGURADA.

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

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

1.59. TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.

Es la relación del monto o porcentaje máximo que Plan Seguro pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierto y de acuerdo al Tabulador de Honorarios Quirúrgicos contratado.

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 adquirir mediante nuestro portal web: www.planseguro.com.mx.

1.60. TOPE MÁXIMO DE COASEGURO.

Es la cantidad máxima a cargo del Asegurado por cada padecimiento cubierto, misma que quedará indicada en la Carátula de la Póliza.

1.61. TRASLADO.

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

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

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

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

1.63. UNITED STATES DOLLAR (USD).

United States Dollar o Dólar Estadounidense (USD) se refiere a la denominación específica de la moneda de los Estados Unidos de América.

1.64. VIDA DE LA PÓLIZA.

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

2. COBERTURAS BÁSICAS

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

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

Para requerir cualquier prestación, el Asegurado deberá presentar su credencial que lo acredite como Asegurado de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía, excepto para los menores de edad.

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

2.1. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS.

2.1.1 AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA.

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

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

1. Sea impedido por cualquier circunstancia, por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas.
2. Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.

2.1.2 CONSULTAS MÉDICAS.

Se cubre si el Asegurado tuviera que ser sometido a tratamiento médico con motivo de un padecimiento cubierto, los honorarios por consultas médicas en consultorio o domicilio quedarán cubiertos con un máximo de una consulta por día y hasta el límite indicado en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

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

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

2.1.3 CONSUMO DE OXÍGENO.

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

2.1.4 GASTOS HOSPITALARIOS.

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

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

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

2.1.5 HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.

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

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

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

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

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

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

2.1.6 HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO.

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

2.1.7 HONORARIOS DE AYUDANTE.

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

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

2.1.8 HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO.

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

2.1.9 LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGIA.

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

2.1.10 MEDICAMENTOS.

Se cubren los siguientes gastos de medicamentos:

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

Para el caso de medicamentos comercializados en el extranjero, Plan Seguro no se encuentra facultado para la compra e importación de estos.

No se cubrirán medicamentos o insumos que no cumplan con la normatividad establecida por la COFEPRIS, ni aquellos con permiso de importación a nombre del Asegurado o Contratante, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos para este fin.

2.1.11 PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.

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

2.1.12 PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA.

Se cubren los tratamientos Médico-Quirúrgicos y la atención de Emergencias en áreas de Corta Estancia o en hospitalización menor o igual a 24 (veinticuatro) horas, siempre y cuando se rebase el Deducible y se cuente con un diagnóstico definitivo, pagando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para este tipo de procedimientos.

2.1.13 PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL.

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

Por concepto de :	Suma asegurada
Prótesis valvular cardíaca	113 UMAM (por padecimiento)
Stents	161 UMAM (por padecimiento)
Marcapasos	43 UMAM
Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis de manera enunciativa más no limitativa de: hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza, de radio, miembros artificiales y prótesis ocular.	62 UMAM (por concepto)
Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis de manera enunciativa más no limitativa de: cadera, columna, rodilla y prótesis discal.	81 UMAM (por concepto)
Renta o compra (ésta última previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes).	62 UMAM (por concepto)
Prótesis dental a consecuencia de un accidente.	14 UMAM
Adquisición y colocación de neuroestimuladores	360 UMAM (por padecimiento)

2.1.14 QUIROPRACTICOS.

Se cubren los tratamientos realizados por Quiroprácticos con cédula profesional, hasta 20 (veinte) consultas por padecimiento, vía reembolso y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

2.1.15 REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.

Se cubren las sesiones de Rehabilitación y Fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el Médico tratante con un máximo de 6 (seis) meses o 40 (cuarenta) sesiones por padecimiento, lo que ocurra primero, para el caso de padecimientos congénitos se cubrirán con un máximo de 6 (seis) meses o 60 (sesenta) sesiones, lo que ocurra primero, la Indemnización será vía reembolso de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

2.1.16 TRANSFUSIONES Y APLICACIONES.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

2.1.17 TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Se cubren los gastos erogados del receptor del trasplante y únicamente los gastos de la cirugía y hospitalización del donador vivo durante el evento de la donación, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de 1000 UMAM o la Suma Asegurada contratada de la Póliza, la que resulte menor, aplicando Deducible y Coaseguro de la Póliza.

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

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

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

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

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

El protocolo para el trasplante deberá apegarse a lo establecido por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

Quedan cubiertos, de acuerdo a las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network, los trasplantes de célula madre para tratamientos de leucemia, linfomas y Enfermedades hematopoyéticas, siempre y cuando no sean consideradas 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:

1. Se excluyen los gastos por complicaciones y/o secuelas para el donador.
2. Se excluyen los gastos pre y post-quirúrgicos como: pruebas de compatibilidad entre el donante y receptor, cualquier tratamiento médico o quirúrgico efectuado al donante vivo, posterior al trasplante y cualquier complicación del donante vivo derivada del evento, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.
3. Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.

2.1.18 TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

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

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

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

2.1.20 TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.

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

2.2 OTROS GASTOS CUBIERTOS

2.2.1 ALIMENTACIÓN PARENTERAL.

Se cubren la alimentación parenteral, siempre y cuando se trate de hospitalización hasta un límite de 60 (sesenta) días por padecimiento ya sean vía Pago Directo o Reembolso.

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

Plan Seguro cubrirá vía Reembolso, de acuerdo con los procedimientos que se tengan establecidos, a las Coberturas y a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada y aplicando el Coaseguro contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para el tipo de gasto realizado, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de Emergencia(s) Médica(s), en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que prestadores 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.

2.2.3 EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.

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

2.2.4 EXPANSORES MAMARIOS.

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

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

2.2.5 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, hasta 40 horas de vuelo al año.

2.2.6 PTOSIS PALPEBRAL.

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

2.2.7 VACUNAS.

Se encuentran cubiertas las siguientes vacunas sin deducible ni coaseguro, siempre y cuando sean prescritas por el Médico tratante y se anexe la receta expedida por el Médico:

- a) Vacunas antirrábicas. De acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.
 - b) Vacuna de tipo inmunológicas así como de desensibilización inmunológica.
- Que se requieren para cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico.
Ambos tipos de vacunas estarán cubiertas hasta un tope de Suma Asegurada de \$20,000.00 por asegurado.

EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA:

1. **No se encuentra cubierto ningún tipo de vacuna, incluyendo la vacuna Antirogham para el caso en que el recién nacido Asegurado sea RH negativo. Lo anterior, aún y que sean prescritas por el médico tratante y/o que se encuentren relacionadas con padecimientos cubiertos.**

2.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA

2.3.1 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO.

Se cubren únicamente las complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio de la Asegurada, enunciadas a continuación:

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

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

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del Hospital, incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 46 UMAM, aplicando el Deducible y el Coaseguro contratados.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

2.3.2 PARTO O CESÁREA.

Se cubren los gastos erogados a consecuencia del parto o la operación cesárea de la Asegurada dentro del territorio nacional o si la Asegurada cuenta con la Cobertura opcional con costo COBERTURA DE ATENCIÓN MEDICA EN EL EXTRANJERO se podrá atender en el extranjero, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

Se cubrirán el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del hospital incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 10 UMAM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

No se cubrirá ningún otro gasto anterior o posterior al parto o cesárea.

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

2.3.3 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.

Se cubren los gastos por padecimientos congénitos, así como por cirugías correctivas, con límite en la Suma Asegurada de la Póliza.

Quedan cubiertos los menores nacidos durante la vigencia de la póliza siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos 10 (diez) 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 el apartado Cláusulas Generales.

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

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

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

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

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Eventraciones, hernias de cualquier tipo (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica), hemorroides, cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis, litiasis en vías biliares, litiasis en vesícula biliar (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- Insuficiencia venosa periférica, varicocele y várices de miembros inferiores.
- Litiasis Renoureteral.
- Enfermedad ácido péptica (gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico, excepto que se trate de una Emergencia Médica).
- Enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon (excepto cuando se trate de un Accidente, Emergencia Médica o que se hayan complicado con un abdomen agudo).
- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del 50% (cincuenta por ciento), para tratamientos médicos y quirúrgicos.
- Lipomas de cualquier región.
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Cirugía refractiva: Se cubren los gastos médicos erogados por cirugía refractiva hasta 5 UMAM sin Deducible ni Coaseguro, para corregir los problemas de miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía, siempre que el Asegurado tenga una deficiencia visual en cada ojo previa presentación de los estudios avalados por un Médico Oftalmólogo en convenio con Plan Seguro que confirmen dicha deficiencia y que sea mayor o igual a 5 (cinco) dioptrías y sujeto a aprobación de la Dirección Médica quien podrá solicitar una segunda opinión médica con el Médico que Plan Seguro determine. En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.

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

Será cubierta únicamente en territorio nacional.

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

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

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

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

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

- Padecimientos prostáticos y Prostatectomía.
- Cataratas.
- Padecimientos relacionados con el piso perineal.
- Hallux valgus (juanetes).
- Prolapsos de cualquier tipo.
- Padecimientos ginecológicos. En caso de emergencia médica se eliminará el periodo de espera.
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral. En caso de accidente o emergencia médica se eliminará el periodo de espera.
- Cualquier padecimiento de la rodilla:

- En caso de accidente de rodilla.

No operará el periodo de espera estipulado; sin embargo, quedará a cargo del asegurado el deducible estipulado en la carátula de la póliza y un Coaseguro del 50% (cincuenta por ciento). No se aplicará la disminución de Deducible y Coaseguro descritas en el apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación. El Tope de Coaseguro, en Accidente de Rodilla, será el equivalente al Tope de Coaseguro estipulado en la carátula de la póliza más un 50% (cincuenta por ciento) adicional.

Se deberán presentar los estudios de imagen que respalden el diagnóstico, en donde se demuestre que existen datos de una lesión aguda súbita y fortuita. Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio adicional que necesario para acreditarlo.

- En caso de Padecimiento o enfermedad de rodilla.

Aplicará el Periodo de Espera, el deducible y coaseguro contratados, de acuerdo al apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación.

- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre que no contravenga lo previsto en las exclusiones y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Periodo de Espera estipulado ya que, de presentarse durante el mismo, este padecimiento será considerado como exclusión.

Para las anteriores Coberturas, si aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías.

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

Para las siguientes Coberturas, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

- Hepatitis C, la suma asegurada que aplica para este padecimiento es de \$500,000 pesos o la suma asegurada contratada, la que resulte menor.

Se cubrirán únicamente las cirugías asistidas por robot para los procedimientos de prostatectomía e histerectomía, hasta el límite de 60 UMAM por procedimiento y solamente una vez por vigencia siempre y cuando, se cumpla con los periodos de espera establecidos en este apartado. En todos los casos, aplica Deducible y Coaseguro contratados, este monto aplica para todo el gasto erogado y procedente de este procedimiento.

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

3. ASISTENCIAS INCLUIDAS

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado requiere el servicio de cualquier de las asistencias, deberá llamar al número telefónico de Plan Seguro para tal servicio.

3.1. ASISTENCIA DENTAL BÁSICO

Este plan ofrece acceso a servicios en el territorio nacional.

Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

TRATAMIENTO	DESCUENTO
Revisión y diagnóstico	Sin costo
Limpieza (opc Flúor)	2 Sin costo
Serie radiográfica de 18 (Rx)	1 Sin costo

3.2. ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA EN ESTADOS UNIDOS.

Servicio de Asistencia que incluye 30 consultas telefónicas y 30 servicios de información sobre salud proporcionados las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año cuando el asegurado se encuentre de viaje en Estados Unidos, por vigencia, en caso de ser recomendado medicamento como parte del tratamiento se enviará una receta electrónica a la farmacia más cercana en convenio con el prestador.

El tipo de casos usualmente tratables por consulta telefónica son los siguientes:

a) Casos comunes y tratables:

- Sinusitis Aguda.
- Ronchas.
- Bronquitis.
- Herpes.
- Diarrea.
- Rinitis.
- Dolores musculares.
- Alergias.
- Otitis.
- Dermatitis.
- Conjuntivitis.
- Tos.
- Infección en tracto.
- Resfriados.
- Dolor de oídos.
- Urinarios.
- Influenza.
- Gastroenteritis.
- Infección en vías respiratorias, garganta.

b) Casos tratables a juicio del médico:

- Irritaciones.
- Indigestión.
- Tos crónica.
- Acidez, reflujo.
- Mareo.
- Sangrado rectal
- Presencia de Sangre en orina, heces, saliva.
- Vértigo.
- Periodos menstruales irregulares
- Asma.
- Ciática.

Servicio no disponible en Idaho y Arkansas. / No aplica en emergencias.

3.3. ASISTENCIA FUNERARIA.

El servicio de Asistencia funeraria brinda la asesoría, gestión y coordinación en el momento de un deceso. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente e incluye lo siguiente:

1. Información y orientación sobre el proceso del servicio funerario las 24 (veinticuatro) horas del día, 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.
2. Rescate del cuerpo en el lugar del deceso (Hospital, domicilio) o en el SEMEFO del Ministerio Público (cuando sea entregado a los familiares).
3. Traslado del cuerpo desde el lugar donde ocurrió el deceso hasta el lugar donde se efectuará el embalsamado y/o la velación, con una distancia máxima de 50 (cincuenta) 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 50 (cincuenta) kilómetros.
4. Sala de velación en funeraria, dentro de la Red del prestador, con una capacidad de 30 (treinta) ó 40 (cuarenta) personas en circulación.
5. Equipo de velación cuando ésta se haga en domicilio sin costo adicional (crucifijo, candelabros, banco pedestal para ataúd).
6. Ataúd metálico calibre 22 (veintidós) y en caso de cremación ataúd de cartuchos para velación.
7. Arreglo estético.
8. En caso de inhumación se cubre el servicio de embalsamado.
9. Servicio de cremación o inhumación.
10. Urna estándar en caso de cremación.
11. Traslado en carroza desde el lugar de velación hasta el lugar de inhumación cremación, dentro de los límites señalados en el punto 3 (tres).
12. 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.
13. Asesoría telefónica en materia testamentaria.
14. La primera consulta de apoyo de un Psicólogo especialista en Tanatología a familiares -en el Interior de la República la consulta es vía telefónica-. Si se requieren más consultas, correrán por cuenta de la familia.
15. Pago de derechos en Panteones Civiles y Municipales. Incluye el uso del terreno en la modalidad de temporalidad y la apertura y cierre de fosas. No incluye nichos, exhumaciones, ni trabajos de albañilería.
16. Asesoría en la gestión de reclamos de Seguros de tarjetas de crédito y créditos en general.
17. Asesoría en trámites post mortem, como son trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social y/o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Administradora de Fondos para el Retiro, Servicio de Administración Tributaria, y en general los que correspondan con Entidades Financieras.

Para este servicio no aplica reembolso.

3.4. ASISTENCIA MÉDICA:

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en los Estados Unidos Mexicanos, desde la Residencia Permanente del Asegurado "Kilómetro 0" y hasta todo el territorio de la República Mexicana, durante las 24 (veinticuatro) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado.

1. **ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.** 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 requieren la presencia de un médico. SIN LÍMITE EN EL NÚMERO DE ORIENTACIONES.
2. **PAGO Y ENVÍO DE MÉDICO GENERAL A DOMICILIO.** Se otorga a criterio del prestador del servicio, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiere la presencia de un médico para valoración del Asegurado, gestionándose el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Dicho Asegurado pagará directamente al médico sólo los primeros \$300 pesos de cada visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta.
3. **PAGO Y ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE.** Si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/ o adecuado. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso. Este beneficio se ofrece con un máximo de DOS eventos por año y por asegurado.

4. **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 o del segundo nivel de Especialidad con un costo de 300 pesos.

5. **ASISTENCIA NUTRICIONAL** (atención de 9:00 a 18:00 pm de lunes a viernes)

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

- Ideas de cómo calcular el peso ideal.
- Indicaciones para obtener el cálculo de masa corporal.
- Dietas sencillas para toda la familia y estilos de vida.
- Rutinas de ejercicio, cuánto, cuándo y cómo hacerlo y bajo qué situaciones se requiere la supervisión de un médico.
- Desórdenes alimenticios no críticos.
- 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 15 minutos, pues pasado dicho tiempo, se le recomendará al Asegurado consultar a un especialista personalmente.

5.1. **REFERENCIAS NUTRICIONALES.** - A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente para tratamientos de mediano y largo plazos, 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 propio Asegurado y el Nutriólogo.

6. **ASISTENCIA PSICOLOGICA** (atención de 9:00 a 18:00 pm de lunes a viernes)

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

- Padecimiento de enfermedades terminales del propio 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.
- Ayudar para identificar o detectar síntomas sobre desórdenes alimenticios, cuyo desenlace pudiesen provocar enfermedades tales como anorexia, bulimia, compulsión por ingesta de alimentos, etc.
- Apoyo familiar de pareja o individual.

Referencias sobre qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

Este beneficio se proporcionará de acuerdo al numeral 12 (doce), sin límite en el número de llamadas y hasta un máximo de 15 (quince) minutos, pues pasado dicho tiempo se le recomendará al Asegurado consultar a un Psicólogo personalmente.

6.1. **REFERENCIAS PSICOLÓGICAS.** - A solicitud del Asegurado, se le proporcionará, referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente, para tratamientos de mediano y largo plazos, relacionados con cualquiera de los aspectos mencionados. Sin límite de eventos

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

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO:

1. **Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Asegurados en contra de la prescripción de algún médico o durante viajes de duración superior a 60 (sesenta) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
2. **Las Situaciones de Asistencia ocurridas fuera de la vigencia de la póliza.**
3. **Los Asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el prestador.**
4. **Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
5. **Los Servicios de Asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
6. **También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a) **Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), 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 caso de defensa propia.**
 - d) **La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y 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 procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier 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, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.
- i) 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 éste contrato.
- j) Embarazos en los últimos tres meses antes de la "Fecha probable de parto", así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
- k) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
- l) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- m) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- n) 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.
- o) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- p) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- q) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- r) 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 Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y 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. A continuación, se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás accidentes del terreno o lugar.

3.5. ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL

1. GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN. - En caso de que un Asegurado sufra un Accidente o repentina Enfermedad durante un viaje y durante el periodo de vigencia, el prestador del servicio gestionará los procedimientos médicos necesarios hasta el límite máximo de \$5,000.00 U.S.D. por año.

Quedan excluidos costos de prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas "check up" o rutinarias, gastos médicos y de hospitalización realizados fuera del País de Residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Asegurado.

2. GASTOS DENTALES. - 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 \$250.00 U.S.D. por año.

3. TRASLADO MÉDICO. - (Incluye ambulancia aérea en caso de ser autorizado por el equipo médico del prestador del servicio). En caso de que un Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente tales que el Equipo Médico del prestador del servicio, en contacto con el médico que atienda al Asegurado, recomiende su hospitalización, el prestador del servicio gestionará:

El traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano; y si fuera necesario por razones médicas.

El traslado del Asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Asegurado. 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 Residencia Permanente.

En caso de que el Asegurado necesitará 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.

Con un máximo de 2 (dos) eventos por año y Póliza.

4. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA. – El prestador del servicio gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el Equipo Médico del prestador del servicio. Este Beneficio está limitado a \$100.00 U.S.D., por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

5. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. – El prestador del servicio llevará a cabo la obtención de una Segunda Opinión Médica en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad que aporte mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados 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 la toma a cargo de 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.

5.1 CONFIRMACIÓN, CORRECCIÓN Y/O RECONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

A solicitud del Asegurado, de su Familia y/o Representante, 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.

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

- a) Envío de muestras de tejidos para estudios anatómico-patológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y rediagnóstico al exterior.
- b) Concertación de citas personales en cualquier centro médico internacional ante cualquier requerimiento del Asegurado o de su médico de cabecera.
- c) Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
- d) 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.

6. BOLETO REDONDO PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOSPEDAJE. – En caso de hospitalización del Asegurado por causa de Accidente o Enfermedad y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, 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, además el prestador del servicio gestionará el hospedaje de la persona designada, hasta un máximo de \$100.00 U.S.D., por día, durante 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

7. REPATRIACIÓN A DOMICILIO EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. - 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 Residencia Permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el prestador del servicio gestionará su repatriación por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

4. EXCLUSIONES GENERALES

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

- 4.1. Padecimientos preexistentes declarados o no declarados.
- 4.2. La hospitalización, tratamiento médico quirúrgico, por lesiones o enfermedades producidas en servicio militar de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas siempre que el Asegurado sea el provocador.
- 4.3. La hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, aun cuando exista indicación médica expresa.
- 4.4. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
- 4.5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.
- 4.6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.
- 4.7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
- 4.8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso de manera enunciativa mas no limitativa: de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes. Para efectos de esta exclusión no se considera como deporte peligroso hockey, equitación, futbol americano, artes marciales y karate.
- 4.9. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir problemas de enajenación mental, histeria, neurosis, psicosis, así como todo tipo de padecimiento psicológico, psiquiátrico, nervioso, psicomotor, de lenguaje, de aprendizaje, de conducta, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, trastornos cognitivos, talla baja, crecimiento, desarrollo y estimulación temprana, cualquiera que fuesen sus causas y sus manifestaciones clínicas.
- 4.10. Cualquier padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, siempre y cuando el Afectado sea el responsable directo, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un Médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, siempre y cuando el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.
- 4.11. Tratamientos y estudios de diagnóstico y/o control de Laboratorio y Gabinete relacionadas con menopausia, climaterio, osteoporosis (Densitometría), tabaquismo, control del sueño (Polisomnografía) cualquiera que sea la etiología del padecimiento o trastorno a descartar, así como los padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.

- 4.12. Durante la hospitalización, queda excluido el servicio de enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.
- 4.13. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- 4.14. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza, así como las complicaciones de éstas, salvo las reconstructivas necesarias por Accidente siempre que se compruebe con estudios de imagenología que apoyen el diagnóstico.
- 4.15. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización que loide excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la Póliza.
- 4.16. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico así como todo lo secundario al padecimiento y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso (de manera enunciativa más no limitativa cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica), tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
- 4.17. Gastos ocasionados por diastasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.
- 4.18. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos, así como sus complicaciones o secuelas de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
- 4.19. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
- 4.20. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.
- 4.21. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza, así como la compra o renta de zapatos y plantillas ortopédicas, cama tipo hospital o aparatos similares.
- 4.22. Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales.
- 4.23. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o tratamientos que no sean aceptados por ser experimentales o beneficios inciertos para el paciente, o tratamientos que no se encuentran apegados y que no cumplan con los protocolos o guías de prácticas médicas por COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), SS (Secretaría de Salud) o FDA (Food and Drug Administration), así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con Focus Exablate.
- 4.24. Cualquier cirugía asistida por robot o cirugía robótica excepto las consideradas en el apartado GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.
- 4.25. 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, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Plan Seguro.
- 4.26. Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar directo del Asegurado o el mismo Asegurado.

4.27. Las consultas de Médicos especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica, acné, cuperosis, los tratamientos con base en hipnosis, crioterapias y quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.

4.28. Queda excluida la Mastectomía profiláctica así como sus complicaciones.

4.29. No están cubiertos 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 Enfermedades o Accidentes cubiertos cualquiera que sea su causa.

4.30. No estarán cubiertos los tratamientos de acupuntura, naturistas, homeópatas u otro tipo de Medicina alternativa.

4.31. No se cubrirán gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal.

4.32. Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las complicaciones de ésta.

4.33. No están cubiertas:

- a) Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
- b) Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
- c) Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
- d) Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.

4.34. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.

4.35. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto.

4.36. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.

4.37. No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, crema, cosméticos, desodorantes, compact disc, shampoo, lociones, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones y gasas; sábana térmica, medias TED, servicio de fotografía, servicio de video, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, llamadas telefónicas, flores, fotografías, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/ hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sábana desechable, esponjas para baño; así como cualquier gasto erogado por el acompañante.

4.38. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos tratamientos psiquiátricos independientemente de su causa.

4.39. Quedan excluidos todos aquellos padecimientos en los que no exista un daño o alteración orgánica demostrable mediante estudios de laboratorio y/o gabinete por lo que se determine que su origen o causa es por estrés. Plan Seguro se reserva el derecho a solicitar la información necesaria para la adecuada valoración de estos casos.

- 4.40. No se cubre traslado por Ambulancia Terrestre.
- 4.41. No se cubren los gastos erogados dentro del territorio nacional derivados de un Accidente por el uso de motocicleta como medio de transporte.
- 4.42. No se cubren los honorarios de instrumentistas.
- 4.43. Quedan excluidas las sesiones de ozonoterapia por cualquier motivo.
- 4.44. Tratamientos que requieran el uso de cámara hiperbárica.
- 4.45. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
- 4.46. Uso de toxina botulínica.
- 4.47. Abortos y legrados uterinos, cualquiera que sea su causa.
- 4.48. Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas de infección por VIH y/o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como las complicaciones derivadas de éste.
- 4.49. No se encuentra cubierto ningún tipo de vacuna, incluyendo la vacuna Antirogham para el caso en que el recién nacido Asegurado sea RH negativo. Lo anterior, aún y que sean prescritas por el médico tratante y/o que se encuentren relacionadas con padecimientos cubiertos.
- 4.50. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo de espera.
- 4.51. Queda excluido el cáncer de cualquier tipo cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto ocurran durante el Periodo de Espera estipulado.

5. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO

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

5.1 COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente. Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico- Quirúrgicos contratada y de acuerdo a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza.

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

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

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

TEMPORALIDAD. Los Beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de 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 se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero.

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

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA:

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

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

5.2 COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente. Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero, Plan Seguro cubrirá el costo de los Gastos Médicos cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos, Suma Asegurada y Deducible contratados para la Póliza y adicionando 20% (veinte por ciento) 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.

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

1. **Se excluye el servicio de Enfermería fuera del Hospital.**
2. **Se excluyen los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
3. **Se excluyen las complicaciones de la cesárea, el parto, y embarazo excepto las mencionadas en el apartado Gastos Cubiertos con Periodo de Espera.**
4. **Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
5. **Se excluyen los gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
6. **Se excluyen los padecimientos congénitos.**
7. **Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.**
8. **Se excluyen los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de 9 (nueve) meses fuera de la República Mexicana.**

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

5.3 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA).

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual, cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente.

Se otorgará una indemnización por día de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado haya permanecido hospitalizado por lo menos 48 (cuarenta y ocho) horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún Accidente amparado 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 20 (veinte) años y hasta los 65 (sesenta y cinco) años.

El periodo máximo de tiempo de hospitalización, que Plan Seguro estará obligado a pagar por Evento, son 90 (noventa) días ininterrumpidos, contados desde el primer día de hospitalización.

Plan Seguro estará obligado a pagar dos Eventos de accidente por año. Dichos Eventos deberán ser consecuencia de diferentes Accidentes.

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

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

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

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

- a) Hospitalización por enfermedades.
- b) Hospitalización por enfermedades preexistentes.
- c) Hospitalización por padecimientos o procedimientos secundarios a intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- d) 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.
- e) Hospitalización por Accidentes para tratamientos o procedimientos experimentales.
- f) Hospitalización por Accidente a consecuencia de padecimientos psiquiátricos, demencia senil o abandono familiar.
- g) 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 es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

5.4 COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).

En caso de que la Asegurada sea diagnosticada por primera vez de cáncer en alguno de los siguientes órganos de acuerdo a la definición y una vez transcurrido el periodo de espera de 180 (ciento ochenta) días a partir de la contratación de esta cobertura, se le pagará por única ocasión la suma asegurada contratada indicada en la caratula de la póliza y/o endosos.

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente.

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.

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

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza de esta Cobertura es independiente a la contratada en Cobertura Básica.

Para esta Cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías, ni de Plan Seguro.

Los siguientes cánceres están excluidos:

- a) 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 NIC31.
- b) Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Última Edición de la AJCC2.
- c) Todos los cánceres de piel.
- d) Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.

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.

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

1. Padecimientos preexistentes.
2. Cualquier otro tipo de cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los Beneficios de esta Póliza como cubiertos.
3. Diagnósticos realizados dentro del Periodo de Espera.
4. Diagnósticos realizados después del fallecimiento de la Asegurada.
5. Diagnósticos realizados por Médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge y hermanos.

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

5.5 COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

De haberse contratado la cobertura, 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 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 1 UMAM.

El Coaseguro operará de acuerdo a la Cláusula de Participación del Asegurado en una Reclamación.

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, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

5.6 COBERTURA DE INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA

Este documento forma parte integral de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente, en la Carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de misma. La presente Cobertura incrementa la Suma Asegurada establecida en la Cobertura Básica para Parto y Cesárea indicada en el apartado Gastos Cubiertos con Periodo de Espera, 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 año de cobertura continua en el presente Producto y la edad de aceptación es de los 20 (veinte) años cumplidos a los 37 (treinta y siete) años.

PREVALENCIA. La presente COBERTURA DE INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

5.7 COBERTURA DE REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE

Este documento forma parte integral de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente, en la Carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de la misma. La presente Cobertura reduce el Coaseguro establecido en la Cobertura Básica para Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un accidente, indicada en el apartado Coberturas Básicas, a quedar en treinta por ciento (30%), sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios.

Para esta Cobertura no aplican las reglas definidas en la cláusula Participación del Asegurado en una Reclamación, ni los Beneficios que otorga la contratación de la Cobertura opcional con costo de ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE.

PREVALENCIA. La presente COBERTURA DE REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

6. CLÁUSULAS GENERALES

6.1 CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.

6.1.1. RENOVACION AUTOMÁTICA.

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

El Asegurado perderá el derecho de la renovación automática, si Plan Seguro comprueba que hubo dolo, mala fe o de acuerdo a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Omisiones o Inexactas Declaraciones, o cuando se presenten los siguientes casos:

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

La prima del seguro podría sufrir incrementos en la renovación; sin embargo, una vez aceptada la renovación, el Contratante deberá pagar la Prima correspondiente, de conformidad a lo previsto en el apartado Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Forma de Pago.

Las Pólizas que sean renovadas automáticamente se harán bajo condiciones congruentes a las originalmente contratadas, y podrán hacer uso de los médicos en convenio con Plan Seguro. Lo anterior de conformidad con los productos que se encuentren registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Dado que el Deducible aplica una vez por padecimiento, para efectos de la renovación, éste será actualizado para nuevos padecimientos conforme al valor de la UMAM vigente al momento de la ocurrencia del nuevo padecimiento, para padecimientos anteriores se aplicará el Deducible previsto en la fecha de ocurrencia del Siniestro.

Plan Seguro, informará al Contratante dentro de los últimos 30(treinta) días naturales de vigencia del periodo en curso, la Prima, el Deducible, y el Coaseguro aplicables a la renovación automática.

Advertencia: En este seguro de gastos médicos, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales 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 representar un esfuerzo financiero importante.

6.1.2 PRIMAS.

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

En cada renovación la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando 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 30 (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.

6.1.3 ALTA DE ASEGURADOS.

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

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.

6.1.4 ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA.

Los hijos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando se encuentre vivo al momento de darlo de alta y cumplan los siguientes requisitos:

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

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

6.1.5 FORMA DE PAGO.

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

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

Las Primas convenidas deberán pagarse en el domicilio de las oficinas de Plan Seguro indicado en la Carátula de la Póliza, a cambio de un recibo expedido por la misma, o bien a través de los medios alternativos de pago que Plan Seguro ofrezca al asegurado en la carátula de la póliza. Al respecto, para la opción de pago mediante autorización de cargo automático a tarjeta de crédito, será responsabilidad del asegurado mantener vigente su plástico y los fondos suficientes para el pago, así como notificar oportunamente a Plan Seguro sobre los nuevos datos de la tarjeta de crédito cuando haya sido renovada o sustituida por cualquier motivo.

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 asegurado que al momento de ser girado cuente con los fondos suficientes para el pago y que la chequera o cuenta se encuentra vigente y libre de cualquier situación que impida que el cheque no sea cobrado por Plan Seguro. En caso de no cumplir con lo arriba señalado, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

6.1.6 OCUPACIÓN.

Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa o bien si desempeña actividades en forma habitual en las que exista una agravación del riesgo inicialmente cubierto, deberá avisar por escrito a Plan Seguro inmediatamente que conozca la agravación, Plan Seguro se reserva el derecho de excluir o establecer el cobro de una Extraprima por el riesgo al cual se expone el Asegurado por la nueva ocupación y/o actividad. En caso de que el Asegurado no dé aviso, Plan Seguro no tendrá obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen por el desempeño de la nueva ocupación y/o actividad, aunque ésta no haya influido en la realización del Siniestro.

6.1.7 EDAD.

Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos sin límite de edad máxima de aceptación, siempre y cuando se aplique un Examen de Selección Médica a las personas de más de 65 (sesenta y cinco) años, reservándose Plan Seguro el derecho de aceptar o indicar bajo qué condiciones se emitirá la Póliza.

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

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

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

6.1.8 REHABILITACIÓN.

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

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

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

En ningún caso Plan Seguro responderá por enfermedades o accidentes, ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la Póliza y la fecha en que Plan Seguro emitió la respectiva autorización, así como 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.

6.1.9 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

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

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

6.1.10 PERIODO DE BENEFICIO.

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

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

6.1.11 PERIODO DE GRACIA.

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

6.1.12 PERIODO AL DESCUBIERTO.

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

6.1.13 CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO.

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de plan o producto, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, Plan Seguro reconocerá la antigüedad para aquellos Beneficios que se cubren en ambos planes, el actual y al que se desea cambiar. En caso de que no sea así deberá transcurrir el Periodo de Espera que se haya estipulado para el nuevo Beneficios contratado.

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.

6.1.14 ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA.

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

6.2 CLÁUSULAS OPERATIVAS.

6.2.1 COBERTURA DEL CONTRATO.

- a) Accidente. En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza, es decir no hay Periodo de Espera.
- b) Enfermedad. En caso de contratación de una Póliza nueva y de tratarse de una enfermedad cubierta, ésta quedará amparada después de transcurrir 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la Póliza. Dicho periodo se elimina cuando al momento de la contratación, Plan Seguro otorga el Reconocimiento de Antigüedad con otras Compañías o:

1. Cuando se trate de una renovación en Plan Seguro,
2. En caso de hijos nacidos dentro de la vigencia de la misma, que fueron dados de Alta después de los 30 (treinta) días naturales de nacidos.
 - a. Lo anterior en el entendido de que, lo previsto en la Cobertura de ACCIDENTES y ENFERMEDADES aplica de conformidad con lo señalado en los apartados Coberturas Básicas, Gastos Cubiertos con Periodos de Espera, Exclusiones y Endosos de la Póliza y/o Asegurado, respectivamente.

6.2.2 TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE.

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

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

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

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

6.2.3 RESIDENCIA.

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

6.2.4 VIGENCIA.

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

6.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

6.3.1 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 y padecimientos amparados por las presentes Condiciones Generales dentro de la República Mexicana siempre que:

- a) Exista el pago de la Prima correspondiente, a cada una de las personas indicadas en la Carátula de la Póliza que se encuentren vigentes y hasta por la Suma Asegurada contratada.
- b) La Póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad.
- c) Los gastos médicos generados ocurran durante la vigencia de la Póliza y cumplan con las condiciones descritas en las presentes Condiciones Generales.
- d) 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.
- e) 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.

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

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

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

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

6.3.2 CONTRATO

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

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

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

Si el Asegurado omite avisar por escrito a Plan Seguro, y dicha agravación influye en el Siniestro, Plan Seguro queda liberado de la obligación de cubrir cualquier gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo.

6.3.3 COMPETENCIA.

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes de Plan Seguro.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus Delegaciones

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

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

6.3.4 DATOS DE CONTACTO

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

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

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

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

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

CONDUSEF

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

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

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

Página web: www.condusef.gob.mx

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

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

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

6.3.5 PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) 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.

6.3.6 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Plan Seguro para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro (Arts. 8, 9 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), Plan Seguro reintegrará al Contratante el 56% (cincuenta y seis por ciento) de la Prima Neta Pagada no Devengada, siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.

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

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

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

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

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

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

6.3.7 TERRITORIALIDAD.

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

6.3.8 MONEDA.

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

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

6.3.9 OTROS SEGUROS.

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

6.3.10 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.

6.3.11 RECTIFICACION DE POLIZAS

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

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

6.3.12 INTERÉS MORATORIO.

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

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

6.3.13 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.

6.3.14 COMUNICACIONES.

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

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

6.3.15 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

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

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

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

- Pagos por Reembolso.
- Cuando la atención sea en una Base Hospitalaria mayor a la contratada.

El deducible contratado aplica de acuerdo a las Condiciones Generales.

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

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

6.4 PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

6.4.1 AVISO DE SINIESTRO.

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberá dar aviso por escrito a Plan Seguro en un plazo máximo de 5 (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.

6.4.2 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 iniciar una denuncia ante el Ministerio Público, éste deberá en forma inmediata presentarla copia de su denuncia a Plan Seguro siempre y cuando así se haya requerido, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, esto dentro de un plazo máximo de 5 (cinco) días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente que pueda ser motivo de Indemnización, en cuyo caso se procederá de acuerdo a lo descrito en apartado Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro.

6.4.3 RECLAMACIONES.

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

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

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

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

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

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

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, 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 con nota de ingreso enfatizando hora y fecha de inicio de la hospitalización firmada por Médico tratante.
- Constancia hospitalaria con fecha de ingreso y egreso así como 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 Diagnostico de ingreso y egreso.

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CANCER FEMENINO, los documentos a presentar en caso de Sinistros 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 etapificación de acuerdo a la clasificación TNM séptima edición de la AJCC.

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
- 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 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 etapificación de acuerdo a la clasificación TNM séptima edición de la AJCC.

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 como:

Tratándose de la INDEMNIZACIÓN DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:

- Historia clínica completa y firmada por Médico tratante.
- Estudios de laboratorio y gabinete, si aplica.
- Estudios histopatológico, si aplica.

Tratándose de la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CANCER 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 diagnostico, si aplica.
- Constancia hospitalaria con diagnóstico de ingreso y egreso, firmada por Médico tratante.

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

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

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

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

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

6.4.4 PAGO DE RECLAMACIONES.

- Las Indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán liquidadas en las oficinas de Plan Seguro, en el curso de los 30 (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.
- Todas las Indemnizaciones cubiertas por Plan Seguro serán liquidadas en las oficinas de la misma a cada Asegurado o a quien éste haya designado.

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

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, el pago únicamente de esta cobertura se realizará al (los) Beneficiario (s) designado(s) en la Solicitud.

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, el pago únicamente de esta cobertura se realizará al (los) Beneficiario(s) designado(s) en la Solicitud.

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

6.4.5 PAGOS IMPROCEDENTES.

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

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

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

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

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

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

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 4 de Abril de 2019, con el número CNSF-H0701-0008-2019/CONDUSEF-003673-02”.