



Condiciones Generales
Línea Especial CE
Individual (Edad)



CONDICIONES GENERALES
LINEA ESPECIAL CE
INDIVIDUAL (EDAD)

Índice

1. DEFINICIONES	4
ABDOMEN AGUDO	4
ACCIDENTE CUBIERTO	4
ANTIGÜEDAD.	4
ANESTESIOLOGO	4
ASEGURADO	4
ASEGURADO TITULAR	5
ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO.	5
AYUDANTE.	5
COASEGURO	5
CONTRATANTE	5
CURAS DE REPOSO.	5
DEDUCIBLE.	5
DEPENDIENTES ECONÓMICOS.	5
EMERGENCIA MÉDICA.	5
ENDOSO.....	6
ENFERMEDAD	6
ENFERMEDAD CUBIERTA.....	6
ENFERMERA.	6
EXTRAPRIMA.....	6
GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO.....	6
HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA.	6
HOSPITALIZACIÓN.....	6
INTERÉS ASEGURABLE.	6
INDEMNIZACIÓN.	7
INFORME MÉDICO.	7
INICIO DE COBERTURA.....	7
LESIÓN AGUDA	7
MÉDICO.....	7
MÉDICO ESPECIALISTA.....	7
MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO	7
ÓRTESIS.	7
PADECIMIENTO.....	7
PADECIMIENTO CONGÉNITO.	7
PADECIMIENTOEXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO.....	7
PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.	7
PAGO DIRECTO.....	8
PAGO POR REEMBOLSO.	8
PERIODO DE ESPERA.	8
CARATULA DE PÓLIZA	9
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.	9
PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.....	9
RECLAMACIÓN.....	9
REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA.	9
SIGNO.....	9
SINIESTRO.....	9
SÍNTOMA.....	9
SOLICITUD DE SEGURO.....	9
SUMA ASEGURADA.	9

TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.....	9
TERRITORIALIDAD.....	10
TOPE MÁXIMO DE COASEGURO.....	10
TRASLADO.....	10
UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM).....	10
VIDA DE LA PÓLIZA.....	10
2. COBERTURAS BÁSICAS.....	10
AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA.....	10
AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL.....	11
CONSULTAS MÉDICAS.....	11
CONSUMO DE OXÍGENO.....	11
GASTOS HOSPITALARIOS.....	11
HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.....	12
HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO.....	12
HONORARIOS DE AYUDANTE.....	12
HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO.....	12
LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA.....	12
MÉDICOS QUIROPRÁCTICOS.....	12
MEDICAMENTOS.....	13
PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL.....	13
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.....	13
TRANSFUSIONES Y APLICACIONES.....	13
TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.....	13
TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES.....	13
TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.....	13
PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.....	14
TRASPLANTE DE ÓRGANOS.....	14
OTROS GASTOS CUBIERTOS.....	14
PTOSIS PALPEBRAL.....	14
ALIMENTACIÓN PARENTERAL.....	14
EXPANSORES MAMARIOS.....	14
EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	14
LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO.....	14
COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO.....	14
GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA.....	15
PARTO Y CESÁREA.....	15
RECIÉN NACIDOS.....	15
PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.....	16
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.....	16
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.....	16
3. EXCLUSIONES GENERALES.....	17
4. COBERTURAS ADICIONALES.....	22
I. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA).....	22
II. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO.....	23
5. CLÁUSULAS GENERALES.....	24
CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.....	24
RENOVACION AUTOMÁTICA.....	24
PRIMAS.....	25
ALTA DE ASEGURADOS.....	25

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA.	25
FORMA DE PAGO.	26
OCUPACIÓN.	26
EDAD.	27
REHABILITACIÓN.	27
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.	27
PERIODO DE BENEFICIO.	27
PERIODO DE GRACIA.	27
PERIODO AL DESCUBIERTO.	28
CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO.	28
ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA.	28
CLÁUSULAS OPERATIVAS.	28
COBERTURA DEL CONTRATO.	28
TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE.	29
RESIDENCIA.	29
VIGENCIA.	29
CLÁUSULAS CONTRACTUALES.	29
OBJETO DEL SEGURO	29
CONTRATO	29
COMPETENCIA.	30
PRESCRIPCIÓN.	30
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.	30
MONEDA.	31
OTROS SEGUROS.	31
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.	31
SUBROGACIÓN DE DERECHOS.	33
COMUNICACIONES.	33
PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.	33
PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	34
AVISO DE SINIESTRO.	34
ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.	34
RECLAMACIONES.	34
PAGO DE RECLAMACIONES.	36
PAGOS IMPROCEDENTES.	37

Plan Seguro, S.A de C.V. Compañía de Seguros de acuerdo con las condiciones generales y especiales contenidas en esta póliza y tomando en consideración las declaraciones hechas, por el solicitante de este seguro, que constituyen las bases de este contrato, cubre a la(s) persona(s) física(s) que se señala(n) en la carátula de esta póliza y que forma parte de la misma contra los riesgos que a continuación se expresa.

De conformidad con el artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que las presentes condiciones generales no contienen abreviaturas de uso no común.

1. DEFINICIONES

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

ACCIDENTE CUBIERTO. Es aquél 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 o quirúrgico.

No se considera Accidente:

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

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

En caso de Accidente Cubierto, no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el accidente, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación acta del Ministerio Público, cuando Plan Seguro así lo requiera.

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

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 de 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 requiere 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 la 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).

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

ASEGURADO. Es el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos, aceptados como Asegurados por Plan Seguro, mismos que aparecen referidos en la carátula de la póliza y que residen en la República Mexicana.

ASEGURADO TITULAR. Es aquella persona física mayor de edad, designado por el Contratante quién adquiere el beneficio de los servicios amparados por la cobertura de la póliza que contrata y que reside en la República Mexicana.

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

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

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

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 aplicar el Deducible. El Coaseguro se aplicará para cada reclamación incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía pago directo.

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

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

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

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. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado el deducible comienza la obligación de Plan Seguro.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Serán considerados como Dependientes Económicos del Asegurado Titular, para efectos de esta póliza, las siguientes personas:

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

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

En caso de emergencia médica, esta será cubierta de conformidad con lo señalado en los apartados Otros Gastos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Periodos de Espera y Cláusula 3. Exclusiones Generales, así como lo establecido en los Endosos de la póliza y/o Asegurado.

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 contraponga.

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 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.

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 de estas Condiciones Generales o excluidas mediante Endosos y siempre que cumpla con el Período de Espera establecido en el apartado GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA.

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

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

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.

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 del INEGI.

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.

HOSPITALIZACIÓN. Es la estancia continua del Asegurado, mayor a 24 horas en un Hospital, Sanatorio o Clínica, siempre y cuando dicha estancia sea comprobable y justificada para el padecimiento reclamado. Dicho periodo comenzará a correr a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno a la Institución y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

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

INDEMNIZACIÓN. Es la cantidad que está obligada a pagar Plan Seguro a consecuencia de un padecimiento de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos, una vez descontado el Deducible y el Coaseguro contratado.

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.

INICIO DE COBERTURA. Es la fecha en que el Asegurado es dado de alta en una póliza de Gastos Médicos Mayores de Plan Seguro. A partir de esta fecha, se determinará la antigüedad de cada uno de los Asegurados, siempre y cuando renueven la póliza con vigencias sucesivas e ininterrumpidas.

En caso de que el Asegurado se haya dado de alta en una póliza de Gastos Médicos Mayores de Plan Seguro y se haya otorgado el reconocimiento de antigüedad de otra (s) Compañía (s), se considerará como inicio de cobertura la fecha a partir de la cual se reconoce la antigüedad, únicamente para efectos de eliminar o reducir los periodos de espera de aquellos padecimientos indicados en estas condiciones generales.

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

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

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

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la medicina alopática en alguna de sus especialidades, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del consejo médico correspondiente.

MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO. Son los prestadores que finalmente proporcionan los servicios de salud a quienes se identifican como asegurados de Plan Seguro, relacionados con las coberturas contratadas a través de su póliza contratada.

Cuando acudan a recibir servicios de salud con médicos y hospitales que no tienen 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.

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

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

PADECIMIENTO CONGÉNITO. Es la Enfermedad con la que se nace o que tuvo su origen durante el periodo de gestación. Puede ser evidente al nacimiento, después del nacimiento o después de varios años. Para efectos de esta póliza, si se presenta un conjunto de Enfermedades congénitas, éstas se considerarán como un sólo padecimiento.

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.

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:

1. 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

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

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

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

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

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

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

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

PAGO 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.

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.

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, a fin de que los padecimientos indicados expresamente en el apartado Gastos Cubiertos con Periodo de Espera puedan ser cubiertos por el seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

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

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.

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.

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.

REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA. Toda indemnización que Plan Seguro pague, reducirá en igual proporción la suma asegurada contratada, la cual será reinstalada una vez que esta haya sido agotada por uno o varios padecimientos cubiertos, sin que el Asegurado tenga que efectuar pago alguno por concepto de prima.

La reinstalación de Suma Asegurada será por una sola vez durante la vida de la póliza o en cada vigencia durante la vida de la póliza para cada Asegurado, siempre que la póliza continúe vigente en Plan Seguro y será efectiva únicamente para otros accidentes o enfermedades diferentes a los que dieron origen al agotamiento de la misma.

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

SINIESTRO. Acontecimiento o hecho a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubiertos, previstos en el Contrato que dan origen a uno o varios padecimientos, provocando la obligación de indemnizar al Asegurado. De acuerdo a los límites estipulados en la Carátula de la póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma.

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

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

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. Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada ira disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente, cobertura o concepto nunca rebasaran la Suma Asegurada estipulada. Estas estipulaciones operaran durante el periodo de beneficio.

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 a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

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

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.

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. Es la cantidad máxima a cargo del Asegurado por padecimiento y por año póliza, al contratar la opción del 10% de coaseguro, misma que quedará indicada en la carátula de la póliza.

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

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.

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

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

2. COBERTURAS BÁSICAS.

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 durante la vida de la póliza, 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 ó la Suma Asegurada contratada según corresponda de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la póliza, Endosos y Condiciones Generales. Relacionados con la póliza vigente al momento de su ocurrencia.

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.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS.

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA. Siempre que en la carátula de la póliza se especifique la cobertura de Ambulancia Aérea, se cubrirán los gastos que resulten por este concepto vía reembolso, si a consecuencia de una Emergencia Médica, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no

se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención y el médico tratante recomiende el traslado del Asegurado. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada para la póliza, sin deducible y aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del 20% adicional al coaseguro contratado, no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

No se cubrirá este concepto en los siguientes casos:

- **Cuando sea impedido el traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas.**
- **Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**

AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL. Los gastos de transporte en Ambulancia Terrestre, quedarán cubiertos siempre y cuando por las manifestaciones clínicas, así como por la urgencia sea indispensable para el traslado del Asegurado. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada, aplicando el deducible de la póliza y aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del 10%, no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

CONSULTAS MÉDICAS. Se cubre si el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico de un padecimiento cubierto, los honorarios por consultas médicas en consultorio o domicilio quedarán cubiertos con un máximo de 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 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.

CONSUMO DE OXÍGENO. Se cubrirán 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.

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 los alimentos, con máximo de ciento ochenta (180) días 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 y hasta el Gasto Usual y Acostumbrado.
- Todos los gastos originados y relacionados directamente con el diagnóstico por el cual se abrió el siniestro durante su estancia en el área de terapia intensiva incluyendo el costo de Honorarios de Médicos y Cirujanos, serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada o hasta un máximo de noventa (90) días por padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero de acuerdo a Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos y en caso de procedimientos hasta 7 UMAM por vigencia de la póliza.
- Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el hospital, previa autorización de Plan Seguro.

En caso que el Asegurado decida acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Base de Hospitales correspondiente a su plan contratado, y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a su base contratada, además del Coaseguro contratado, pagará veinte puntos porcentuales (20) adicionales a su Coaseguro sobre los gastos de hospitalización por cada nivel de Base Hospitalaria superior

a la contratada. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico tenga o no convenio con Plan Seguro.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Si se requiere de intervención quirúrgica, los honorarios del cirujano serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias, las anteriores siempre que el asegurado se encuentre hospitalizado.

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 realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos se valorarán por similitud a las comprendidas en ésta. Cuando en una misma sesión quirúrgica el mismo cirujano practique dos o más operaciones en una misma incisión, se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas, cuando los porcentajes estipulados en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos sean iguales.

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

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

Cuando se requiera la intervención de dos 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.

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO. Los gastos de Honorarios del Anestesiólogo se pagarán hasta el 30% de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.

HONORARIOS DE AYUDANTE. Si se requiere de Intervención Quirúrgica se cubren los de ayudantes de acuerdo a:

- a) Primer Ayudante. Hasta el 20% de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano
- b) Segundo Ayudante. Hasta el 10% de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO. Si el Asegurado requiere de la asistencia de Enfermera especial a domicilio, siempre y cuando por la naturaleza del padecimiento lo amerite y sea indicado por el médico tratante, previa autorización de Plan Seguro, los honorarios por este concepto serán cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada con un máximo de sesenta (60) días, tres (3) turnos diarios de ocho (8) horas cada turno por Asegurado por año póliza.

LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGÍA. 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 serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

MÉDICOS QUIROPRÁCTICOS. Se cubren los tratamientos realizados por médicos quiroprácticos con cédula profesional, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada

MEDICAMENTOS. Quedarán cubiertos 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.

PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL. Gastos que resulten del uso y/o colocación y/o la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardíaca o endoprótesis cardíacas, 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 ó hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla, lo que sea menor, aplicando, el deducible y el coaseguro de la póliza, excepto en caso de Accidente. En caso de que se haya pagado el deducible por el padecimiento que dio origen, sólo se aplicará el coaseguro correspondiente.

Por concepto de:	Suma Asegurada
Prótesis valvular cardíaca y endoprótesis cardíacas.	58 UMAM (por padecimiento y hasta que se agote la Suma Asegurada de la póliza)
Stents	70 UMAM
Marcapasos	27 UMAM
Prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis discal	29 UMAM (por concepto)
Renta o Compra (esta última previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes)	29 UMAM (por Concepto)
Prótesis dental a consecuencia de un Accidente	7 UMAM
Adquisición y colocación de neuroestimuladores	257 UMAM (por Concepto)

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. Cubiertas durante la vigencia ininterrumpida de la póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el médico tratante con un máximo de 3 meses o treinta (30) sesiones por padecimiento, lo que ocurra primero.

TRANSFUSIONES Y APLICACIONES. Se pagarán para el Asegurado transfusiones de sangre excepto lo mencionado en el inciso 31 de las Exclusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del padecimiento. No estará cubierto ningún gasto erogado por el donador.

TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. Gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, siempre que sean necesarios e indicados por el médico tratante.

TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES. 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 10 UMAM al momento del Tratamiento, aplicando el deducible y el coaseguro de la póliza.

TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. Gastos por tratamientos médicos 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 función. Se requiere que el Asegurado presente estudios, radiografías y fotografías donde se haga constar el daño causado.

PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como copia de la atención de urgencia que recibieron. Este beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del 50%.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Se cubren los gastos médicos o quirúrgicos del receptor y únicamente los gastos médicos erogados del donante en el acto quirúrgico de la donación por trasplante de órganos, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de 500 UMAM o la Suma Asegurada contratada de la Póliza, la que resulte menor, esta Suma Asegurada es para el receptor y el donante, aplicando 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.

OTROS GASTOS CUBIERTOS

PTOSIS PALPEBRAL. Se cubre cuando se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto.

ALIMENTACIÓN PARENTERAL. Se cubren hasta un límite de veinte (20) sesiones por padecimiento ya sean vía pago directo o reembolso.

EXPANSORES MAMARIOS. Se cubren los expansores mamarios cuando se requieran como parte del tratamiento reconstructivo por cáncer de mama, siempre y cuando éste tratamiento haya sido cubierto por Plan Seguro.

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Quedan cubiertos previa autorización de Plan Seguro.

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 al año.

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

DEFINICIÓN. 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 veinte (20) puntos porcentuales al Coaseguro contratado.

El parto y la cesárea quedan cubiertos de acuerdo a lo estipulado en el apartado Gastos Médicos con Periodo de Espera.

Los gastos hospitalarios se cubrirán de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado del procedimiento cubierto dentro del hospital en territorio nacional.

Las condiciones no especificadas en ésta 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 seis (6) meses de iniciado el viaje. Transcurridos seis (6) meses fuera de la República Mexicana éste 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 EN EL EXTRANJERO. Esta cobertura no cubre los siguientes gastos:

- 1. No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.**
- 2. No quedarán cubiertos los tratamientos de rehabilitación o fisioterapia en el extranjero.**
- 3. No quedarán cubiertas las complicaciones de la cesárea, el parto, embarazo excepto las mencionadas en el apartado Gastos Cubiertos con Periodo de Espera para Parto y Cesárea.**
- 4. Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
- 5. No quedarán cubiertos los gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
- 6. No quedarán cubiertos los padecimientos preexistentes.**
- 7. No quedarán cubiertos los padecimientos congénitos ni malformaciones congénitas.**
- 8. Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.**
- 9. Quedan excluidos los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de seis (6) meses fuera de la República Mexicana.**

PREVALENCIA. En caso de que la cobertura de Atención Médica en el Extranjero, se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales, prevalecerán las estipuladas en esta cobertura.

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ (10) MESES:

PARTO Y CESÁREA. Quedan cubiertos los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea de la Asegurada así como la toxicosis gravídica y eclampsia, y siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

No se cubrirá ningún otro gasto anterior o posterior al parto o cesárea, tales como consultas médicas, medicamentos, cualquier tipo de estudios y/o procedimiento, etc., excepto los mencionados anteriormente. Para todos estos gastos cubiertos opera una suma asegurada de 15 UMAM, sin deducible y coaseguro.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

RECIÉN NACIDOS. Se cubren los gastos del recién nacido desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al

momento del nacimiento, se haya dado de alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de asegurados dentro de la vigencia.

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

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Quedan cubiertos los gastos originados desde el primer día por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de sus hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza, hasta la Suma Asegurada de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de asegurados dentro de la vigencia.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA. Estarán cubiertos después de transcurrido el primer año de inicio de vigencia de esta póliza para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico, los gastos resultantes de:

- Amigdalectomía, amigdalitis, adenoiditis y adenoidectomía
- Eventraciones, hernias de cualquier tipo (excepto que se trate de hernias estranguladas de cualquier tipo y lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia), hemorroides, cualquier padecimiento anorectal,
- Colecistitis y colecistectomía.
- Litiasis en vías biliares y litiasis en vesícula biliar biliar (excepto cuando se trate de accidente o emergencia médica),
- Litiasis renoureteral,
- Insuficiencia venosa periférica y varices de miembros inferiores,
- 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,
- 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%.
- Lipomas de cualquier región.
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.

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.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA. Estarán cubiertos 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 (excepto aquellos que presenten complicaciones y deriven en abdomen agudo),
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral y rodillas (excepto aquellos que se presenten derivados de un accidente o emergencia médica para los que se deberá presentar estudios de imagen que respalden el diagnóstico como son resonancia magnética, tomografía, entre otros, y demuestren que existen datos de lesión aguda. Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar cualquier estudio adicional que se requiera para acreditar que se trata de una lesión aguda).
- Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales. Queda cubierto por reembolso y con previa autorización de la Dirección Médica (excepto aquellos que se presenten derivados de un accidente o emergencia médica).
- 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 éste padecimiento será considerado como exclusión.

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.

3. EXCLUSIONES GENERALES

El contrato de seguro contenido en ésta póliza excluye los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que se enumeran a continuación:

- 1. Padecimientos preexistentes.**
- 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 o actos delictuosos intencionales, en los que el Asegurado participe directamente.**
- 3. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.**
- 4. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aún cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.**
- 5. Lesiones que el Asegurado, sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de**

seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.

- 6. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso de manera enunciativa más no limitativa: de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes.**

Para efectos de esta exclusión no se considera como deporte peligroso hockey, equitación, fútbol americano, artes marciales y karate.

- 8. Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.**
- 9. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir problemas de enajenación mental, histeria, neurosis, psicosis, así como todo tipo de padecimiento psicológico, psiquiátrico, nervioso, psicomotor, de lenguaje, de aprendizaje, de conducta, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, trastornos cognitivos, talla baja, crecimiento, desarrollo y estimulación temprana, cualquiera que fuesen sus causas y sus manifestaciones clínicas.**
- 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, y el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.**
- 11. Afecciones propias del embarazo, así como toda complicación del embarazo, parto y puerperio a excepción de lo mencionado en el apartado Otros Gastos Cubiertos de estas condiciones generales, en estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni a los que presente la madre, también quedan excluidas las complicaciones del embarazo cuando este sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad**
- 12. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de infertilidad, esterilidad, disfunción sexual y control de la natalidad (vasectomía, procedimientos quirúrgicos con fines de recanalización tubárica bilateral o de conductos deferentes).**

- 13. 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.**
- 14. Abortos y legrados uterinos, cualquiera que sea su causa.**
- 15. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, miopía, estrabismo, cualquiera que sea su causa, y los aparatos auditivos.**
- 16. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza así como las complicaciones de estas, salvo las reconstructivas necesarias por accidente siempre que se compruebe con estudios de imagenología que apoye el diagnóstico.**
- 17. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloides excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la póliza.**
- 18. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico así como todo lo secundario al padecimiento y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso (de manera enunciativa más no limitativa cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica, etc.), tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.**
- 19. Gastos ocasionados por diastasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.**
- 20. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y/o padecimientos congénitos y sus consecuencias en Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.**
- 21. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.**
- 22. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
- 23. 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.**
- 24. Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas de infección por VIH y/o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**

25. **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.**
26. **Tratamientos que requieran el uso de cámara hiperbárica.**
27. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Plan Seguro.**
28. **Los honorarios de enfermera especial intrahospitalaria.**
29. **Los honorarios médicos cuando el médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.**
30. **Tratamiento médico y/o quirúrgico con el fin de corregir ptosis palpebral, excepto que se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto.**
31. **No quedarán cubiertos los siguientes gastos relacionados con transfusiones de sangre:**
 - **ABO y Rh, (pruebas para identificar el grupo sanguíneo Rh de los donadores),**
 - **PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD (prueba cruzada que se realiza entre la sangre del paciente y la sangre que se tiene en el Banco de Sangre con el fin de determinar que puede ser empleada para transfusión),**
 - **ANTICUERPOS IRREGULARES (prueba a través de la cual se investiga la presencia o ausencia de anticuerpos específicos contra glóbulos rojos en el suero del paciente),**
 - **CARGO DE SANGRE O RECUPERACIÓN POR INSUMOS (Estudios obligatorios que demanda la Secretaría de Salud -VIH, Hepatitis C, Sífilis y Chagas- para ser efectuados en la sangre que se emplea para transfundirse como parte del tratamiento que el médico indica al paciente).**
32. **Alimentación parenteral, salvo lo indicado en el apartado Otros Gastos Cubiertos.**
33. **Las consultas de médicos especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis**

seborreica, acné, cuperosis, padecimientos congénitos, salvo lo estipulado en el apartado Otros Gastos Cubiertos.

34. **Tratamientos con base en hipnosis, crioterapias y quelaciones.**
35. **Los expansores mamarios (salvo lo indicado en el apartado de “Otros Gastos Cubiertos”).**
36. **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 aún las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.**
37. **No están cubiertas las vacunas de cualquier tipo incluyendo el caso en que el recién nacido Asegurado sea RH negativo, para el cual la vacuna antirogham no está cubierta.**
38. **No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos cualquiera que sea su causa.**
39. **Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, 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 él mismo reciba, excepto los mencionados en el apartado Otros Gastos Cubiertos.**
40. **No está cubierta la renta de equipos para endoscopia, colonoscopia y electrofisiología.**
41. **No estarán cubiertos los tratamientos de acupuntura, naturistas, homeópatas u otro tipo de medicina alternativa.**
42. **No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, crema, cosméticos, desodorantes, llamadas telefónicas, compact disc, shampoo, lociones, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, flores, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones, y gasas, sábana térmica, medias TED, servicio de fotografía, servicio de video, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVD's, agua embotellada, 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 erogados por el acompañante.

- 43. 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.**
- 44. No están cubiertas:**
- a) Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.**
 - b) Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.**
 - c) Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.**
 - d) Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando estas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- 45. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.**
- 46. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo de espera.**

4. COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO

Si se contrata alguna de las siguientes coberturas opcionales mediante el pago de la prima correspondiente, ésta (s) formará (n) parte integrante de las condiciones de la póliza, y deberán quedar indicadas en la carátula de la misma y/o endosos.

I. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)
Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, siempre y 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 DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE. 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 a alcoholismo y/o drogadicción 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.

II. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura y obligado a pagar la prima correspondiente:

COBERTURA

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 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.

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 años y hasta los 55 años

La suma asegurada contratada y estipulada en la caratula 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.

Se define como Evento. Cualquier diagnóstico de Cáncer cubierto amparado por Plan Seguro.

Se define como Cáncer. 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.

Los siguientes cánceres están excluidos:

- **Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre-malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos, Incluyendo la displasia cervical o en cuello uterino NIC1, NIC2 y NIC3;**
- **Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Séptima Edición de la AJCC ;**
- **Todos los cánceres de piel.**
- **Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO. Esta cláusula opcional no cubre los siguientes gastos:

- A. **Padecimientos preexistentes**
- B. **Cualquier otro tipo de Cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los beneficios de esta póliza como cubiertos.**
- C. **Diagnósticos realizados dentro del periodo de espera.**
- D. **Diagnósticos realizados después del fallecimiento de la Asegurada.**
- E. **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. CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.

RENOVACION AUTOMÁTICA. Esta Póliza será renovada automáticamente, excepto que Plan Seguro o el Contratante den aviso por escrito dentro de los últimos treinta días (30) naturales de vigencia del período 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 podrá 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 treinta días (30) naturales de vigencia del período 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.

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 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

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

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

ALTA DE ASEGURADOS. El Contratante deberá llenar una nueva solicitud para la inclusión de otros Dependientes Económicos, los cuales podrán quedar cubiertos cuando Plan Seguro acepte el riesgo conforme a las pruebas de asegurabilidad solicitadas y cuando se haya obligado a pagar la prima correspondiente. Si el Asegurado contrae matrimonio o está en concubinato, el cónyuge o concubinario que posea tal carácter podrá quedar igualmente cubierto, siempre y cuando se dé aviso por escrito a Plan Seguro, se aprueben examen de selección, cuestionario(s) médico(s), solicitud debidamente llenada y firmada por el Asegurado (en caso de haber contraído matrimonio anexar acta de matrimonio) y se haya obligado a pagar la prima correspondiente.

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA. Los hijos de la pareja matrimonial asegurada o del concubinato, nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando el recién nacido se encuentre vivo, estén Asegurados su padre y/o madre y cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Se dé aviso por escrito dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento.
- b) Se anexe constancia de alumbramiento o acta de nacimiento, expedida en territorio Nacional

- c) Se haya obligado a pagar la Prima correspondiente dentro de los 30 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.

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, mismo 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 éstos 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. Asimismo, en caso de que el asegurado decida realizar el pago de la prima mediante cheque, deberá asegurarse de 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 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 (Ley del Contrato del Seguro).

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

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

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

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

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

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 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, quedará a criterio de Plan Seguro proceder de la siguiente forma:

- a) Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, Plan Seguro reembolsará el 47% de la prima que pago en exceso al Contratante, las primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- b) Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación la obligación de Plan Seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

REHABILITACIÓN. Cuando la póliza vigente cese en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince 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, tampoco cubrirá sus complicaciones o secuelas ocurridas ya iniciada la cobertura. Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA. El asegurado tendrá derecho al goce de beneficios contratados mediante su póliza hasta:

- Agotar la Suma Asegurada que se encuentre estipulada en la carátula de la póliza o en las condiciones generales según corresponda.
- Cubrir el monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma.

Recuperar la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que se encuentren cubiertos y que haya afectado al asegurado.

PERIODO DE BENEFICIO. Lapso de tres días que inicia cuando se da la terminación de la vida de la póliza.

PERIODO DE GRACIA. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a

las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. En este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia de su pago vía Reembolso.

PERIODO AL DESCUBIERTO.

Comienza a las 12 (doce) horas del día en que vence el Periodo de Gracia y concluye al notificarse al asegurado por cualquier medio que la póliza ha sido rehabilitada, quedando excluidas las Enfermedades y/o Accidentes cuyos signos o síntomas hayan manifestado y/o 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.

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 beneficio 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.

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 de Gastos Cubiertos con Periodos de Espera.

CLÁUSULAS OPERATIVAS.

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 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.

Dicho periodo también se elimina:

- 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 días naturales de nacidos.

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 Otros Gastos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Periodos de Espera y Cláusula 3. Exclusiones Generales, así como lo establecido en los Endosos de la póliza y/o Asegurado, respectivamente.

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE. Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que cesará el Contrato.

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 cincuenta y seis por ciento (56%) 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.

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

VIGENCIA. Salvo pacto contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor a partir de la fecha y hora que se estipula en la carátula de la póliza.

CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

OBJETO DEL SEGURO

Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros, en lo sucesivo Plan Seguro, mediante la obligación del pago de una Prima por parte del Asegurado o Contratante, otorga la cobertura de los Gastos Hospitalarios y Honorarios Médicos erogados por el Asegurado como consecuencia de un padecimiento que haya tenido tratamiento médico y/o quirúrgico cubierto por la póliza dentro de la República Mexicana y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, Plan Seguro indemnizará el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada contratada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia, periodo de cobertura, así como en las Condiciones Generales y Endosos, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad.

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 éstas 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 extraprimar o excluir el nuevo riesgo declarado bajo este concepto.

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

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:

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

Cualquier reclamación que se realice en contra de Plan Seguro, deberá presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la recepción de la negativa de Plan Seguro a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

Datos de contacto:

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

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

Dirección: 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, México, D.F., C.P. 03100.

Página web: www.condusef.gob.mx

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

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

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley, es decir, por omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, en que se considerará desde el día en que Plan Seguro haya tenido conocimiento de él y si se trata de la realización del siniestro desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesita además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

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

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

reintegrará al contratante el cincuenta y seis (56%) de la prima neta pagada no devengada, siempre y cuando no haya existido un siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de prima.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, Plan Seguro pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa

será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, Plan Seguro estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre 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 Plan Seguro sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice Plan Seguro 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.
- c) La obligación principal.

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

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

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

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

SUBROGACIÓN DE DERECHOS. En el seguro sobre las personas, Plan Seguro solo 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 solo 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.

La entrega de documentación contractual será entregada en el domicilio del contratante y/o Asegurado; Plan Seguro verificará que la documentación fue entregada mediante acuse de recibido firmado por el contratante, Asegurado o por quien se encuentre presente en el domicilio señalado al momento de solicitarlo, mismo que queda gravado con motivo de la conversación telefónica.

Si los documentos no han sido entregados en los 30 días naturales siguientes a la contratación de la Póliza, el contratante y/o Asegurado deberá comunicarse a Plan Seguro al Centro de Atención Telefónica Plan Seguro 01 800 277 1234

En caso de cancelación de la Póliza el contratante y/o Asegurado deberá solicitarla con treinta (30) días naturales de anticipación, accediendo a la página web de Plan Seguro (www.planseguro.com.mx) para llenar el formato correspondiente, el cual deberá de enviarse por fax a las oficinas de Plan Seguro (al siguiente número telefónico 01 800 277 1234, con una copia de su identificación oficial), o bien al correo electrónico del Centro de Atención Telefónica Plan Seguro servicioseguro@planseguro.com.mx en donde recibirá un número de folio de ingreso y su aviso posterior de cancelación por parte de Plan Seguro.

COMUNICACIONES. Todas las comunicaciones relacionadas con éste 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.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación que se realice a consecuencia de 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.

En caso de Accidente Cubierto, no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el accidente, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro, anexando a su reclamación acta del Ministerio Público, cuando Plan Seguro así lo requiera.

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 veinte (20) 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.

PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

AVISO DE SINIESTRO. Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá dar aviso por escrito a Plan Seguro en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente y/o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

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 levantar el acta ante el Ministerio Público en forma inmediata y presentarla 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 cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el accidente que pueda ser motivo de indemnización, en cuyo caso se procederá de acuerdo a lo descrito en la cláusula Subrogación de Derechos.

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

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

Plan Seguro podrá nombrar a alguna persona para verificar la enfermedad o lesiones así como los antecedentes relacionados con su origen y la procedencia de los gastos realizados y de los honorarios cobrados. Los Asegurados autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que los hubieren tratado para dar información a Plan Seguro o a una persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera Plan Seguro, a costa de la misma, para la comprobación del

diagnóstico, en caso necesario o de duda. Si el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

Para solicitar el pago de cada siniestro de Gastos Médicos Mayores deberá entregarse la siguiente documentación:

- 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.
- Informe Médico en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Este documento será 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. 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.
- Recibos de honorarios médicos originales (cirujano, ayudante, anesthesiólogo, enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., cédula profesional además de los requisitos fiscales en vigor.
- Cada recibo deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada recibo, así como la fecha de atención.
- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar un recibo por cada visita realizada y cada recibo se acompañará de un informe del médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A.
- Las facturas de laboratorio y gabinete irán acompañadas de sus respectivos resultados originales.
- Expediente Clínico.

En caso de Accidente Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar 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 llenado
- Informe Médico debidamente emitido
- Resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora y fecha de inicio de la hospitalización firmada por médico tratante
- Constancia hospitalaria con fecha, hora y diagnóstico de ingreso y egreso.

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado.

- Formato Aviso de accidente o enfermedad debidamente llenado
- Nota de Alta especificando Fecha de ingreso y egreso así como Diagnóstico de ingreso y egreso

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO los documentos a presentar en caso de siniestros son:

Si la hospitalización es en Hospital Privado

- Formato Aviso de accidente o enfermedad debidamente llenado
- Informe Médico debidamente emitido
- 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 llenado
- 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 CÁNCER FEMENINO

- Historia clínica completa y firmada por médico tratante indicando si el tumor es primario o secundario
- Estudios de laboratorio y gabinete que avalen el diagnóstico, si aplica.
- Constancia hospitalaria con diagnóstico de ingreso y egreso, firmada por médico tratante

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

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.

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 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 correspondiente.

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 correspondiente.

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Base Hospitalaria correspondiente a su plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a su base contratada, además del coaseguro correspondiente al plan contratado, pagará veinte (20) puntos porcentuales adicionales sobre los gastos cubiertos, por cada nivel de base hospitalaria superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte (20) puntos porcentuales adicionales al coaseguro correspondiente al plan contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso.

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

PAGOS IMPROCEDENTES. Cualquier 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 25 de Junio de 2019, con el número CNSF-H0701-0034-2019/CONDUSEF-002860-03”.