

Línea M

Condiciones Generales

Gastos Médicos Mayores
Individual

E

PLAN
SEGURO



CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Índice

PRELIMINAR	4
I.- DEFINICIONES	5
ACCIDENTE	5
ANTIGÜEDAD	5
ASEGURADO	5
ASEGURADO TITULAR	5
AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD	5
CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO	5
CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA	5
CIRUGÍA PROGRAMADA	5
COASEGURO	5
CONDICIONES ESPECIALES	5
CONDICIONES GENERALES	5
CONTRATANTE	6
CONTRATO DE SEGURO	6
CURAS DE REPOSO	6
DEDUCIBLE	6
DEPENDIENTES ECONÓMICOS	6
DEPORTE PELIGROSO	6
DEPORTE PROFESIONAL	6
EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA	6
ENDOSO	6
ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	6
ENFERMERA	6
EVENTO (SINIESTRO)	6
GASTOS MÉDICOS	6
HONORARIOS MÉDICOS	7
HOSPITAL O SANATORIO	7
HOSPITALIZACIÓN	7
INDEMNIZACIÓN	7
INFORME MÉDICO	7
MÉDICO ANESTESIÓLOGO	7
MÉDICO AYUDANTE	7
MÉDICO TRATANTE	7
MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO	7
PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	7
PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	7
PAGO DIRECTO	8
PERIODO AL DESCUBIERTO	8
PERIODO DE ESPERA	9
PERIODO DE GRACIA	9
PLANES	9
PÓLIZA	9
PRIMA DE SEGURO	9
RECLAMANTE	9
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	9
REEMBOLSO	9

<i>REINSTALACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA</i>	9
<i>RELACIÓN DE ASEGURADOS</i>	10
<i>SOLICITUD</i>	10
<i>SUMA ASEGURADA</i>	10
<i>TERRITORIALIDAD</i>	10
<i>TRATAMIENTO MÉDICO</i>	10
<i>UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)</i>	10
<i>ZONA GEOGRÁFICA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA</i>	10
II.- COBERTURA BÁSICA	11
SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA	11
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS AMPARADOS POR LA COBERTURA BÁSICA, PERO SUJETOS A PERIODO DE ESPERA	13
BENEFICIOS Y SERVICIOS ESPECIALES PLUS DE LA COBERTURA BÁSICA (OTORGADOS POR PLAN SEGURO SIN COSTO PARA EL ASEGURADO)	15
III.- EXCLUSIONES	17
IV.- COBERTURAS OPCIONALES CONTRATADAS BAJO CONVENIO ESPECIAL	22
1. COBERTURA VISUAL	22
2. COBERTURA DEPORTES PELIGROSOS	22
V.- CLAÚSULAS GENERALES	23
CLÁUSULA 1ª “CONTRATO DE SEGURO”	23
CLÁUSULA 2ª “MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES”	23
CLÁUSULA 3ª “RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA”	23
CLÁUSULA 4ª “PRESCRIPCIÓN”	23
CLÁUSULA 5ª “OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES”	24
CLÁUSULA 6ª “COMPETENCIA”	24
CLÁUSULA 7ª “VIGENCIA DEL SEGURO”	25
CLÁUSULA 8ª “MONEDA”	25
CLÁUSULA 9ª “EDAD”	25
CLÁUSULA 10ª “AJUSTE POR EDAD”	25
CLÁUSULA 11ª “AJUSTE POR SINIESTRO”	26
CLÁUSULA 12ª “REHABILITACIÓN”	26
CLÁUSULA 13ª “PERIODO DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO”	26
CLÁUSULA 14ª “PRIMA”	26
CLÁUSULA 15ª “FORMA DE PAGO”	27
CLÁUSULA 16ª “RENOVACIÓN AUTOMÁTICA”	27
CLÁUSULA 17ª “ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS”	28
CLÁUSULA 18ª “OCUPACIÓN”	29
CLÁUSULA 19ª “RESIDENCIA”	29
CLÁUSULA 20ª “OTROS SEGUROS”	29
CLÁUSULA 21ª “PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS”	29

CLÁUSULA 22 ^a “INDEMNIZACIONES”	32
CLÁUSULA 23 ^a “PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA RECLAMACIÓN”	33
CLÁUSULA 24 ^a “PERIODO DE INDEMNIZACIÓN”	33
CLÁUSULA 25 ^a “INDEMNIZACIÓN POR MORA”	34
CLÁUSULA 26 ^a “TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE”	34
CLÁUSULA 27 ^a “INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO”	34
CLÁUSULA 28 ^a “ARBITRAJE”	34
CLÁUSULA 29 ^a “CAMBIO DE PLAN”	35

PRELIMINAR

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, en adelante denominada PLAN SEGURO, de acuerdo con las Condiciones Especiales, las presentes Condiciones Generales y las declaraciones hechas por el solicitante, indemniza, por medio del Contrato de Seguro, los gastos médicos mayores del Asegurado.

Las Condiciones Especiales de la Póliza prevalecen sobre las Condiciones Generales.

El presente documento comprende las Condiciones Generales del seguro de Gastos Médicos Mayores, las cuales regirán los derechos y obligaciones entre el Asegurado y Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros.

Los gastos médicos serán exigibles cuando hayan sido efectuados dentro de la República Mexicana, salvo los beneficios y Servicios Especiales Plus de la Cobertura Básica especificados en las presentes Condiciones Generales.

Es muy importante que el Contratante exija a su agente de seguros que le explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Especiales de la Póliza.

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.

I.- DEFINICIONES

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado.

Antigüedad

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada la persona en alguna Póliza de Gastos Médicos Mayores.

Asegurado

Persona cubierta por la Póliza.

Asegurado Titular

Persona asegurada que firma como responsable en la solicitud de Seguro.

Aviso de accidente o enfermedad

Cuestionario que deberá ser completamente llenado, por evento, por parte del reclamante. Deberá ser entregado a PLAN SEGURO para el reclamo de un siniestro.

Catálogo de honorarios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico

Relación en la que se establece el límite máximo de responsabilidad de PLAN SEGURO por concepto de honorarios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico en cada intervención requerida a consecuencia de cualquier enfermedad o accidente cubiertos por la Póliza. El Plan contratado determinará ese límite máximo de responsabilidad.

El catálogo de honorarios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico, se actualiza cada renovación del producto contratado y su actualización podrá ser consultada por el Asegurado a través de la página www.planseguro.com.mx

Para efectos de una indemnización y/o reembolso, se deberá considerar la suma asegurada contratada al momento del siniestro, por el límite máximo de responsabilidad, establecido en el catálogo de honorarios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico.

Cirugía de corta estancia

Intervención quirúrgica que requiere hospitalización por un periodo menor de 24 horas.

Cirugía programada

Intervención quirúrgica no derivada de una emergencia o urgencia que requiere hospitalización. Incluye la cirugía de corta estancia.

Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado, establecido en la Póliza. Aplica por cada reclamación presentada. En algunos casos el coaseguro llega a presentar variaciones, las cuales se describen en las presentes Condiciones Generales.

Condiciones Especiales

Acuerdos convenidos entre las partes, especificados en la Póliza, que modifican el Contrato de Seguro.

Condiciones Generales

El presente documento, el cual instrumenta el Contrato de Seguro en el que se reflejan las normas que regulan los acuerdos convenidos entre PLAN SEGURO y el Asegurado.

Contratante

Persona física o moral que solicita la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, quien además se compromete a realizar el pago de las primas.

Contrato de Seguro

Acuerdo de voluntades entre el Contratante o el Asegurado y PLAN SEGURO conformado por:
a) Solicitud, b) Póliza, c) Condiciones Generales, d) Condiciones Especiales, e) Endosos y f) Credencial.

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

Cantidad fija a cargo del Asegurado por cada siniestro cubierto por el Seguro. Queda establecida en la Póliza. En algunos casos llega a presentar variaciones, las cuales se describen en las presentes Condiciones Generales.

Dependientes económicos

Hijos menores de 25 años y cónyuge del Asegurado Titular, aceptados por PLAN SEGURO. Aparecen en la Relación de Asegurados de la Póliza.

Deporte Peligroso

También llamado “deporte extremo” o “deporte de aventura”. Es la práctica metódica de ejercicios con riesgo físico que generalmente implican alta velocidad, altura o gran esfuerzo, y que pueden llegar a causar graves heridas o incluso la muerte de quien lo realiza.

Deporte Profesional

Es aquel que requiere una preparación especial, se puede o no participar en competencias, pero se recibe alguna remuneración por su práctica, ya sea en especie o en dinero.

Emergencia o urgencia médica

Toda alteración súbita de un órgano funcional que pone en peligro la vida, la integridad corporal o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por lo que en ese momento requiere de atención médico-quirúrgica inmediata.

Endoso

Documento anexo a la Póliza que modifica, previo acuerdo entre el Asegurado y PLAN SEGURO, las condiciones del Contrato de Seguro, y forma parte de este último.

Enfermedad o padecimiento

Todo trastorno de la salud debido a causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico-quirúrgico.

Enfermera

Persona legalmente autorizada para ejercer la enfermería.

Evento (siniestro)

Enfermedad, padecimiento o accidente cubiertos por el Contrato de Seguro.

Gastos médicos

Los que realiza el Asegurado para la atención médica u hospitalaria de su persona o de sus dependientes económicos.

Honorarios médicos

Remuneración que, de acuerdo con el Plan contratado, obtiene el médico por los servicios que presta a los asegurados.

Hospital o sanatorio

Establecimiento o institución de salud legalmente autorizado para la atención médico-quirúrgica. Para fines de este Contrato los hospitales se clasificarán de acuerdo con cada Plan contratado.

Hospitalización

Estancia continua del Asegurado mayor a 24 horas en un hospital o sanatorio. Dicho periodo empezará a correr desde el momento en que el Asegurado sea reconocido por el hospital como paciente interno.

Indemnización

Pago directo o reembolso: el que proceda según las presentes Condiciones Generales.

Informe médico

Formato que debe ser llenado por el médico tratante y entregado por el Asegurado a PLAN SEGURO.

Médico anesthesiólogo

Persona titulada legalmente autorizada para la aplicación de anestesia.

Médico ayudante

Persona titulada legalmente autorizada que asiste durante el desarrollo de una intervención quirúrgica y cuya participación es indispensable para la operación.

Médico tratante

Persona titulada legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. Puede ser médico general, médico especialista o médico cirujano, incluyendo médicos homeópatas.

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 tengan o no convenio con Plan Seguro, aplica el procedimiento descrito en la cláusula que define la participación del asegurado.

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

Padecimientos congénitos

Alteraciones del estado de salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, las cuales tuvieron su origen durante el periodo de gestación y se hicieron evidentes al momento del nacimiento o posteriormente.

Padecimientos preexistentes

Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la Cobertura en Plan Seguro y que por sus características no pueden pasar desapercibidos, encontrándose o no declarados en el Cuestionario Médico, reuniendo cualquiera de los requisitos siguientes:

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

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

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

Antes del inicio de la primera vigencia contratada con Plan Seguro por cada Asegurado, el prospecto estará obligado a declarar por escrito, de acuerdo con la Solicitud, Cuestionario relativo y/o Examen de Selección, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir para las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza.

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 vinculativos 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

Indemnización mediante la cual PLAN SEGURO paga, de acuerdo con las condiciones del Contrato de Seguro, directamente al hospital y/o médico con los cuales tiene convenio.

Periodo al descubierto

Lapso en el cual la Póliza no está pagada. Inicia a las doce horas del último día del periodo de gracia. No procede el pago de reclamaciones por accidentes ocurridos durante este periodo o por padecimientos que se hayan manifestado en su transcurso.

Periodo de espera

Lapso predeterminado e ininterrumpido, contado a partir del alta del Asegurado en el Seguro de Gastos Médicos, que debe transcurrir a fin de que se reciban los beneficios del Seguro. En las presentes Condiciones Generales se establece qué tratamientos o padecimientos quedan sujetos a periodo de espera.

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.

Planes

Conjunto de beneficios contratados por el Asegurado. La descripción de los Planes se encuentra en www.planseguro.com.mx o en los teléfonos 01800 849 1316. El Plan elegido por el cliente queda especificado en la Póliza.

Póliza

Documento que identifica a los Contratantes y en el que se señala: a) Nombres de quien propone y de quien acepta el Contrato; b) Designación de las Personas Aseguradas; c) Coberturas Contratadas; d) Vigencia del Seguro; e) Deducible; f) Coaseguro; g) Plan Contratado; h) Suma Asegurada; i) Forma de Pago.

Prima de Seguro

Importe que se debe cubrir por cada Asegurado para cada Cobertura contratada.

Reclamante

Asegurado Titular que exige las indemnizaciones derivadas del Seguro.

Reconocimiento de antigüedad

Los Asegurados obtendrán, sin costo adicional, el beneficio de reconocimiento de antigüedad siempre y cuando hayan estado asegurados ininterrumpidamente en otra aseguradora. Este beneficio se aplica previa solicitud y entrega de los recibos originales con sello de pago de la prima.

Este beneficio no elimina los periodos de espera que deben transcurrir dentro de Plan Seguro. El reconocimiento de antigüedad no implica la aceptación de los padecimientos preexistentes.

Este Reconocimiento de Antigüedad no se podrá otorgar cuando transcurran más de 30 días entre el fin de vigencia de la póliza anterior y la fecha de recepción de la solicitud en Plan Seguro, o no se entregue la documentación completa que avale la antigüedad en la otra aseguradora.

Reembolso

Indemnización mediante la cual PLAN SEGURO reintegra al Asegurado, previa autorización de ella, los gastos procedentes que él haya llevado a cabo con un prestador de servicios médicos a raíz de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Contrato de Seguro.

Reinstalación de la suma asegurada

Reinstalación automática de la suma asegurada para cubrir nuevos accidentes o enfermedades cubiertos por el Contrato de Seguro.

Relación de Asegurados

Listado de integrantes de la Póliza, aceptados por PLAN SEGURO.

Solicitud

Documento indispensable para la emisión de la Póliza, el cual deberá ser llenado y firmado por el Asegurado Titular y por el Contratante.

Suma asegurada

Límite máximo de responsabilidad que tiene PLAN SEGURO con cada Asegurado por evento.

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.

Tratamiento médico

Conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del Asegurado que haya sufrido una enfermedad o accidente.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

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

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

Zona geográfica de atención hospitalaria

Región en la que se encuentran los hospitales en los que, de acuerdo con el Plan contratado, se puede atender el asegurado.

CLAVE	ZONA
9	DISTRITO FEDERAL Y ZONA METROPOLITANA.
8	MONTERREY
7	ESTADO DE MÉXICO, HIDALGO, QUERÉTARO, MORELOS Y GUERRERO.
6	GUADALAJARA
5	COAHUILA, NUEVO LEÓN Y TAMAULIPAS.
4	DURANGO, TAMPICO, CD. MADERO Y TORREÓN.
3	COLIMA, NAYARIT, SINALOA, SAN LUIS POTOSÍ, AGUASCALIENTES, ZACATECAS, MICHOACÁN, GUANAJUATO Y JALISCO.
2	BAJA CALIFORNIA NORTE, BAJA CALIFORNIA SUR, CHIHUAHUA Y SONORA.
1	PUEBLA, TLAXCALA, OAXACA, CHIAPAS, TABASCO, VERACRUZ, YUCATAN, QUINTANA ROO Y CAMPECHE.

Si el hospital en el que se atiende el Asegurado se ubica en una zona con clave mayor a la contratada, se le aplicarán quince (15) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado y el Deducible se pagará sin descuento.

II.- COBERTURA BÁSICA

PLAN SEGURO cubrirá el costo de los gastos del Asegurado derivados de una enfermedad o accidente amparados por el Contrato de Seguro, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y los límites estipulados en la Póliza.

Servicios y Tratamientos de la Cobertura Básica

Los Servicios y Tratamientos que incluye la Cobertura Básica son los siguientes:

1. Gastos de hospital o sanatorio –por internamiento del Asegurado de acuerdo con el accidente o enfermedad que se presente– tales como:
 - a) Cuarto privado estándar.
 - b) Alimentos del paciente.
 - c) Medicamentos dentro del hospital.
 - d) Cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre hospitalizado.
 - e) Sala de operaciones, de recuperación y de curación.
 - f) Anestesia.
 - g) Estancia en terapia intensiva, intermedia y de cuidados coronarios.

2. Honorarios médico-quirúrgicos y los inherentes, los cuales quedarán sujetos a los montos establecidos en el “Catálogo de Honorarios Médicos, Quirúrgicos y de Diagnóstico”.

Comprenden:

 - a) Honorarios del cirujano, los cuales quedan sujetos al Catálogo.
 - b) Honorarios del médico ayudante, los cuales serán hasta 20% del total de los honorarios del cirujano.
 - c) Honorarios del anestesiólogo, los cuales serán hasta 30% del total de los honorarios del cirujano.
 - d) Honorarios del segundo médico ayudante, si es necesario, los cuales serán hasta el 10% del total de los honorarios del cirujano.

3. Honorarios por consultas médicas en sanatorio, hospital, consultorio o domicilio, según el “Catálogo de Honorarios Médicos, Quirúrgicos y de Diagnóstico”.

4. Medicamentos adquiridos por el Asegurado fuera del hospital, siempre y cuando tengan relación con el padecimiento reclamado y se anexe receta (original o copia) y la factura de la farmacia.

5. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, estudios de medicina nuclear, electrocardiograma, ultrasonido, electroencefalograma, tomografía, resonancia magnética, o cualquier otro análisis o estudios indispensables para el diagnóstico o tratamiento de un accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza.

6. Honorarios de enfermera fuera del hospital, con un máximo de tres turnos por día, de 8 horas por turno y hasta un máximo de 30 días, cuando el paciente requiera de cuidados especiales, prescritos por el médico tratante.

7. Transfusiones de sangre y aplicación de plasma, de sueros y de otras sustancias semejantes.
8. Compra o renta de aparatos ortopédicos, cajas intersomáticas, material de osteosíntesis, marcapasos, injertos óseos o de cualquier tipo, prótesis valvulares o de cualquier tipo e implantes de cualquier tipo (excepto dentales), hasta por 60 UMAM por padecimiento y que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la Póliza. **Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos o prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad, salvo que PLAN SEGURO hubiese pagado la primera prótesis, a consecuencia de enfermedad o accidente.**
9. Tratamientos de fisioterapia, hidroterapia e inhaloterapia que sean científicamente comprobados y prescritos por el médico tratante, hasta por 50 sesiones.
10. Tratamientos de radioterapia y quimioterapia que sean científicamente comprobados y prescritos por el médico tratante.
11. Transporte en ambulancia terrestre, siempre que se justifique y con previa autorización por parte del área médica de PLAN SEGURO.
12. Tratamientos médico-quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la Póliza.
13. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, hasta por 17 UMAM, siempre y cuando se presenten las pruebas donde se haga constar el daño sufrido.
14. Trasplantes de órganos. La Cobertura Básica contempla al Asegurado como receptor del trasplante (es decir, el enfermo). Para este último, PLAN SEGURO cubrirá hasta 800 UMAM o la suma asegurada, lo que resulte menor. PLAN SEGURO cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donador hasta por 50 UMAM.
15. Consumo de oxígeno, prescrito por el médico tratante.
16. Tratamientos realizados por médicos quiroprácticos, acupunturistas y naturistas con cédula profesional.
17. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de hernias y eventraciones post-operatorias, cuando la operación que les dio origen sea a consecuencia de un padecimiento cubierto por la Póliza.
18. Tratamientos por padecimientos congénitos de los hijos de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular, nacidos con anterioridad al inicio de la vigencia de la Póliza. Estos tratamientos se cubrirán hasta por un máximo de 160 UMAM o la suma asegurada, lo que resulte menor, siempre y cuando: a) el hijo tenga reconocimiento de antigüedad desde su nacimiento; b) los síntomas no hayan sido diagnosticados previamente a la alta del hijo; c) no exista periodo al descubierto.
19. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales a consecuencia de un accidente: para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere se reporte a PLAN SEGURO dentro de las siguientes 24 horas de ocurrido el accidente. Para estos padecimientos no se reduce el deducible aun cuando el Asegurado asista a hospitales de la "Red PLAN SEGURO" o sea atendido por médicos en convenio.
20. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rodilla y de hernia de disco intervertebral (protrusión discal, compresión radicular) a consecuencia de un accidente: para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere se reporte a PLAN SEGURO dentro de las

siguientes 24 horas de ocurrido el accidente. Para estos padecimientos no se reduce el deducible aun cuando el Asegurado asista a hospitales de la “Red PLAN SEGURO” o sea atendido por médicos en convenio.

Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica, pero Sujetos a Periodo de Espera

Los beneficios de la Cobertura Básica se otorgarán para algunos padecimientos y tratamientos una vez transcurrido un periodo de aseguramiento continuo dentro de PLAN SEGURO o en otras aseguradoras, según sea el caso.

Los padecimientos y tratamientos sujetos a periodo de espera serán procedentes siempre y cuando: a) transcurra su plazo de espera respectivo, b) no sean preexistentes, c) sean consecuencia de una enfermedad cubierta por la Póliza, d) la fecha de inicio de la enfermedad o tratamiento ocurra posteriormente al periodo de espera.

Existen padecimientos y tratamientos cuyo periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO sin importar la antigüedad en otras aseguradoras.

La eliminación o reducción de periodos de espera no implica la aceptación de los padecimientos preexistentes, por tanto sólo están cubiertas por la Póliza aquellas enfermedades y accidentes que hayan iniciado dentro de la vigencia de ella.

Los Padecimientos y tratamientos amparados por la Cobertura Básica pero sujetos a periodo de espera son:

- 1.- **Enfermedades: Además de las Exclusiones Generales, el Contrato de Seguro no cubrirá todas aquellas enfermedades que se manifiesten dentro de los primeros 30 días de ingreso de los Asegurados a la Póliza. Este periodo de espera no aplica en los casos de emergencia o urgencia médica, ni en caso de renovación del Contrato de Seguro.**
- 2.- **Padecimientos ginecológicos, tumoraciones de útero, enfermedad por virus de papiloma humano y afecciones vulvares:** para que estos padecimientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado.
- 3.- **Parto o Cesárea:** para esta intervención se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Se cubrirán los gastos equivalentes a 10 UMAM por concepto de hospitalización y honorarios de los médicos que participaron en la intervención quirúrgica. No se incluyen los gastos erogados por control y vigilancia del periodo de gestación ni los gastos del recién nacido. No aplica deducible ni coaseguro.
- 4.- **Padecimientos congénitos de los hijos de la Asegurada nacidos durante la vigencia de la Póliza:** para que estos padecimientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Se debe dar de alta al recién nacido dentro de un lapso no mayor a 30 días posteriores al nacimiento.
- 5.- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio:** a) embarazos extrauterinos; b) mola hidatiforme (embarazo molar); c) estados de fiebre puerperal; d) estados de pre-eclampsia o eclampsia; e) toxemia gravídica; f) placenta previa y placenta acreta; g) atonía uterina. (No quedará

- cubierta cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en estos incisos):** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos que hará PLAN SEGURO serán hasta por 80 UMAM No aplica ni deducible ni coaseguro.
- 6.- **Parto prematuro:** para que esta intervención reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos que hará PLAN SEGURO serán hasta por 20 UMAM No aplica ni deducible ni coaseguro.
- 7.- **Prematurez y sus complicaciones del recién nacido:** para que este padecimiento reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos que hará PLAN SEGURO serán hasta por 40 UMAM No aplica ni deducible ni coaseguro.
- 8.- **Aborto y legrados uterinos:** para que estas intervenciones reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año contado a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos por parte de PLAN SEGURO procederán siempre y cuando la intervención sea prescrita por el médico tratante y sea necesaria porque esté en riesgo la vida o integridad de la Asegurada. Los pagos que hará PLAN SEGURO serán hasta por 5 UMAM No aplica deducible ni coaseguro.
- 9.- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales a consecuencia de una enfermedad cubierta por la Póliza:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de dos años, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. No se reduce el deducible aun cuando el Asegurado asista a hospitales de la “Red PLAN SEGURO” o sea atendido por médicos en convenio. Este tratamiento opera con 50% de coaseguro.
- 10.- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de amígdalas, adenoides, tumoraciones mamarias, hernias (inguinal, umbilical, hiatal), padecimientos anorrectales, várices, insuficiencia del piso perineal, cataratas, litiasis renal y urinaria:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado.
- 11.- **Diagnóstico y tratamientos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cero positivo y sus complicaciones:** para que estos servicios reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de cuatro años, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos que hará PLAN SEGURO serán hasta por la suma asegurada o hasta 300 UMAM, lo que resulte menor.
- 12.- **Circuncisión:** para que esta intervención reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El pago aplica siempre y cuando la intervención sea prescrita por un médico y el Asegurado sea menor de 13 años. Los pagos que hará PLAN SEGURO serán hasta por 5 UMAM No aplica coaseguro ni deducible.
- 13.- **Osteoporosis:** para que esta enfermedad reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de cuatro años contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos que hará PLAN SEGURO

serán hasta por 20 UMAM, los cuales se reinstalarán en cada renovación de la Póliza. No aplica ni deducible ni coaseguro.

- 14.- **Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de dos años contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos por parte de PLAN SEGURO se harán siempre y cuando el tratamiento cuente con una segunda valoración médica por parte de PLAN SEGURO y no sea para fines estéticos ni preventivos.
- 15.- **Tratamiento quirúrgico de Hallux valgus o “juanetes”:** para que este tratamiento reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de dos años contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Los pagos por parte de PLAN SEGURO se harán siempre y cuando el tratamiento cuente con una segunda valoración médica por parte de PLAN SEGURO y no sea para fines estéticos ni preventivos.
- 16.- **Xifosis, lordosis y escoliosis:** para que estos padecimientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO.
- 17.- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos prostáticos y de vesícula biliar:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro, se requiere de un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO.
- 18.- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rodilla y de hernia de disco intervertebral (protrusión discal, compresión radicular) a consecuencia de una enfermedad cubierta por la Póliza:** Para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro, se requiere de un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en PLAN SEGURO. Para estos tratamientos se requiere contar con una segunda valoración de PLAN SEGURO.

Beneficios y Servicios Especiales Plus de la Cobertura Básica (otorgados por PLAN SEGURO sin costo para el Asegurado)

La importancia de los Beneficios y Servicios Especiales Plus radica en complementar la Cobertura Básica para beneficio y provecho del Asegurado.

- 1.- **Renovación vitalicia.** Los Asegurados obtendrán el beneficio de poder renovar la Póliza de forma vitalicia, si la edad del solicitante del seguro es de hasta 59 años a la fecha de ingreso con PLAN SEGURO.

En cada renovación vitalicia, se ofrecerán condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se ampliarán periodos de espera ni reducirán límites de edad. La Red PLAN SEGURO en cuanto a calidad, servicio y ubicación, también será similar a la originalmente contratada y de conformidad con lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

- 2.- **Transporte en ambulancia aérea.** Los Asegurados obtendrán el beneficio de transporte en ambulancia aérea siempre que este servicio se amerite y se realice con previa autorización por parte del área médica de PLAN SEGURO. Se aplicará un coaseguro del 10% sobre el monto total de la factura de vuelo. El límite de suma asegurada es de 40 UMAM.

- 3.- **Emergencia en el extranjero.** Los Asegurados obtendrán el beneficio, si lo requieren, de tratamiento por emergencia médica cuando se encuentren viajando por causas de negocio o placer fuera de la República Mexicana. Este beneficio opera únicamente durante tres meses contados a partir de la fecha del inicio del viaje. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentre estabilizado y pueda continuar el tratamiento en su lugar de origen.

Los gastos provocados por un padecimiento preexistente no quedarán cubiertos. Quedan excluidos todos aquellos padecimientos cuyos primeros síntomas de la emergencia empiecen antes del viaje.

Por este beneficio, todo gasto que se origine para controlar la situación de emergencia se cubrirá de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada	50,000.00 USD (el equivalente en moneda nacional a la fecha del evento) o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor.
Deducible	El contratado en la Póliza.
Coaseguro	10% adicional al contratado.

El deducible y el coaseguro invariablemente se aplicarán tanto por accidente como por enfermedad.

El porcentaje de los honorarios del cirujano será el doble de lo establecido en el “Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos”.

Sólo estarán protegidas bajo este beneficio las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana.

Este beneficio funciona en la forma de reembolso y no hay pago directo.

- 4.- **Reconocimiento de antigüedad.** Los Asegurados obtendrán sin costo adicional el beneficio de reconocimiento de antigüedad siempre y cuando hayan estado asegurados ininterrumpidamente en otra aseguradora. Este beneficio se aplica previa solicitud y entrega de los recibos originales con sello de pago de la prima.

Este beneficio no elimina los periodos de espera que deben transcurrir dentro de PLAN SEGURO. El reconocimiento de antigüedad no implica la aceptación de los padecimientos preexistentes.

Este reconocimiento de antigüedad no se podrá otorgar cuando transcurran más de 30 días entre el fin de vigencia de la póliza anterior y la fecha de recepción de la solicitud en PLAN SEGURO, o no se entregue la documentación completa que avale la antigüedad en la otra aseguradora.

- 5.- **Seguro de dos años sin costo para recién nacidos.** Este beneficio otorga, sin costo durante los dos primeros años posteriores a la fecha del nacimiento, la Cobertura Básica a los hijos de la madre asegurada nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando: a) la madre haya estado asegurada durante dos años en PLAN SEGURO; b) se dé de alta en PLAN SEGURO al recién nacido durante los siguientes 30 días posteriores al nacimiento, y c) la madre continúe asegurada por el periodo de cobertura de este beneficio.
- 6.- **Segunda opinión médica nacional.** Los Asegurados podrán solicitarle a PLAN SEGURO una segunda opinión médica nacional de especialistas de la “Red PLAN SEGURO”, siempre

y cuando sea para enfermedades amparadas por la Cobertura Básica y el médico tratante recomiende tratamiento médico-quirúrgico.

- 7.- **Segunda opinión médica internacional.** Por vía reembolso y sólo hasta por 4 UMAM el asegurado podrá solicitar una segunda opinión médica internacional, sólo documental, siempre y cuando: 1) sea para enfermedades amparadas por la Cobertura Básica, 2) el médico tratante recomiende tratamiento médico-quirúrgico, y 3) sea para las siguientes enfermedades graves: a) padecimientos cardio-vasculares; b) padecimientos cerebro-vasculares; c) padecimientos oncológicos; d) tratamiento por insuficiencia renal crónica; e) síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cero positivo; f) trasplante de órganos.
- 8.- **Tratamientos psiquiátricos.** Los Asegurados obtendrán tratamientos psiquiátricos cuando sufran una pérdida orgánica, sean víctimas de manera comprobable de una violación o secuestro o padezcan alguna de las siguientes enfermedades terminales amparadas por la Cobertura Básica: cáncer, accidente vascular cerebral, infarto al miocardio, insuficiencia renal. PLAN SEGURO pagará hasta 12 consultas por año, de acuerdo con el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos.
- 9.- **Pruebas de compatibilidad sanguínea.** Los Asegurados obtendrán el beneficio del pago de hasta 25 UMAM por pruebas de compatibilidad sanguínea.
- 10.- **Paquete de admisión del hospital.** Los Asegurados obtendrán el “paquete de admisión” del hospital utilizado.

III.- EXCLUSIONES

Queda entendido que PLAN SEGURO no tiene ninguna responsabilidad sobre:

1. **Enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose como tales a aquellos que antes del inicio de la vigencia del Contrato de Seguro se manifestaron, aquellos que fueron diagnosticados por un médico o bien por los cuales se erogó algún gasto para su tratamiento.**
2. **Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, ansiedad, histeria, neurosis o psicosis y demencia, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto lo mencionado en el punto 8 de la sección Beneficios y Servicios Especiales Plus de la Cobertura Básica.**
3. **Tratamientos encaminados a corregir o a diagnosticar alteraciones del sueño, trastornos de la conducta, del lenguaje y de aprendizaje.**
4. **Afecciones propias del embarazo, del parto normal, de la cesárea o del parto prematuro que no sean las contempladas en el punto 3 y en el punto 6 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
5. **Toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sea precisamente la consignada en el punto 5 de la sección Padecimientos y**

Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.

- 6. Aborto y legrados uterinos, excepto los consignados en el punto 8 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
- 7. Gastos originados por la operación cesárea o parto normal excepto lo mencionado en el punto 3 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
- 8. Gastos erogados para el control y vigilancia del periodo de gestación y gastos del recién nacido.**
- 9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto lo mencionado en el punto 12 de la sección Servicios y Tratamientos de la Cobertura Básica.**
- 10. Enfermedades y tratamientos que se presenten en el transcurso de los primeros 30 días de inicio de la Póliza. Esta exclusión no tendrá lugar cuando se trate de emergencia o urgencia médica, renovaciones o se otorgue Reconocimiento de Antigüedad.**
- 11. Tratamiento de calvicie.**
- 12. Tratamientos dietéticos, médicos o quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
- 13. Cualquier tratamiento por osteoporosis, síndrome climatérico o menopausia, excepto lo mencionado en el punto 13 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
- 14. Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus, excepto lo mencionado en el punto 14 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
- 15. Tratamiento quirúrgico de Hallux valgus o “juanetes”, excepto lo mencionado en el punto 15 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
- 16. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.**
- 17. Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.**

- 18. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, queratometría radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y queratocono, excepto si el Asegurado contrató la Cobertura Opcional a la que se refiere en el punto 1 de la sección Coberturas Opcionales Contratadas bajo Convenio Especial.**
- 19. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la fertilidad, infertilidad, esterilidad, natalidad y sus complicaciones.**
- 20. Honorarios médicos o quirúrgicos cuando el profesional sea familiar directo (padres, hermanos, hijos o cónyuge) del Asegurado o sea el mismo Asegurado.**
- 21. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la estancia de éste en sanatorio u hospital (excepto la cama extra para un acompañante, siempre y cuando el estado del paciente así lo requiera) ni gastos de los acompañantes en el traslado del Asegurado como paciente.**
- 22. Gastos efectuados por el propio Asegurado que no tengan relación con la enfermedad o accidentes amparados.**
- 23. Peluquería, barbería, pedicurista, así como compra o alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal, con excepción de lo mencionado en el punto 10 de la sección Beneficios y Servicios Especiales Plus de la Cobertura Básica.**
- 24. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida o debido a intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 25. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.**
- 26. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad, salvo que PLAN SEGURO hubiese pagado la primera prótesis, a consecuencia de enfermedad o accidente.**
- 27. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales, parodontales y ortodoncia, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto lo mencionado en el punto 13 de la sección Servicios y Tratamientos de la Cobertura Básica.**
- 28. Circuncisión, cualquiera que sea su causa, excepto lo mencionado en el punto 12 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**

29. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de check up.**
30. **Tratamientos preventivos.**
31. **Tratamientos médico-quirúrgicos experimentales, cuya eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo no esté científicamente probada.**
32. **Tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales excepto lo señalado en el punto 9 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
33. **Tratamientos realizados por quiroprácticos, acupunturistas y naturistas excepto lo mencionado en el punto 16 de la sección Servicios y Tratamientos de la Cobertura Básica.**
34. **Enfermedades congénitas, con excepción de lo mencionado en el punto 18 de la sección Servicios y Tratamientos de la Cobertura Básica y punto 4 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
35. **Todos los gastos erogados por tratamientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cero positivo y sus complicaciones, con excepción de lo mencionado en el punto 11 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**
36. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cero positivo en recién nacidos.**
37. **Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares no prescritas por un médico.**
38. **Tratamientos a base de cámara hiperbárica, braquiterapia, imanoterapia y ozonoterapia.**
39. **Compra o renta de zapatos ortopédicos. Sólo se cubre el costo del aditamento ortopédico.**
40. **Lesiones que ocurran en riña provocada por el Asegurado o por la participación de él en actos delictivos intencionales.**
41. **Cuando el Asegurado por culpa grave sufra lesiones estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar.**

- 42. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en mítines y/o en actos de guerra, participando como sujeto activo en actos terroristas, insurrección, rebelión o protesta.**
- 43. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando participe, como conductor o acompañante dentro de vehículos automotores de cualquier tipo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 44. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte público de pasajeros.**
- 45. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 46. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, artes marciales, automovilismo, boxeo, buceo, cacería, ciclismo, charrería, deportes aéreos, equitación, espeleología, esquí, fútbol americano, go-karts, hockey, karate, lucha greco romana, lucha libre, montañismo, motociclismo, motociclismo acuático, paracaidismo, rafting, rapel, regatas (veleros, yates y semejantes), salto de bungee, surfing, tauromaquia, natación y velideltismo; excepto si el Asegurado contrató la Cobertura Opcional a la que se refiere en el punto 2 de la sección Coberturas Opcionales Contratadas bajo Convenio Especial.**
- 47. Lesiones que se provoque intencionalmente el Asegurado.**
- 48. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico-quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas del Contrato de Seguro.**
- 49. Gastos erogados fuera de la República Mexicana excepto lo mencionado en el punto 3 de la sección Beneficios y Servicios Especiales Plus de la Cobertura Básica.**
- 50. Tratamientos y/o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías y sus complicaciones.**
- 51. Xifosis, lordosis y escoliosis con excepción de lo mencionado en el punto 16 de la sección Padecimientos y Tratamientos Amparados por la Cobertura Básica pero Sujetos a Periodo de Espera.**

- 52. Complementos o suplementos vitamínicos y alimenticios así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil aun cuando hayan sido prescritos médicamente por accidentes o enfermedades cubiertos.**
- 53. Tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria con beneficio incierto y fines preventivos.**
- 54. Gastos no relacionados directamente con el padecimiento o accidente. Tampoco existirá responsabilidad por parte de PLAN SEGURO por indemnizaciones, gastos o costas legales derivadas de la responsabilidad profesional de los médicos u hospitales tratantes.**
- 55. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia del uso de motocicleta.**

IV.- COBERTURAS OPCIONALES CONTRATADAS BAJO CONVENIO ESPECIAL

Las Coberturas Opcionales son contratadas bajo convenio especial, a solicitud expresa del Contratante.

Para estas coberturas aplican las exclusiones señaladas en cada Beneficio Opcional.

1. COBERTURA VISUAL

Esta cobertura opcional procede con previa valoración y autorización de médicos de Plan Seguro. Si es contratada, se otorga el siguiente servicio:

Astigmatismo y/o Miopía

Ampara el tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo y/o miopía (después de 5 dioptrías en ambos ojos).

El importe máximo que se pagará es hasta por 8 UMAM, en total, por ambos ojos.

Sin embargo, para hacer uso de este beneficio opcional, deberán haber transcurrido dos años contados a partir de su contratación.

Opera sin Deducible y sin Coaseguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA VISUAL

Exclusiones Generales de estas condiciones generales

2. COBERTURA DEPORTES PELIGROSOS

De acuerdo con esta Cobertura –si es contratada– PLAN SEGURO cubrirá las lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes peligrosos: **alpinismo, artes marciales, automovilismo, boxeo, buceo, cacería, ciclismo, charrería, deportes aéreos, equitación, espeleología, esquí, fútbol americano, go-karts, hockey, karate, lucha greco romana, lucha libre, montañismo, motociclismo, motociclismo acuático, paracaidismo, rafting, rapel, regatas (veleros, yates y semejantes), salto de bungee, surfing, taumaquia, natación y velideltismo.** El límite de suma asegurada será hasta \$100,000. Aplica un deducible de \$1,000.

Para el caso de Motociclismo, será necesario que el practicante cuente con:

- Licencia de Manejo para estos tipos de vehículos y
- Equipo de seguridad necesario de trasportación

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DEPORTES PELIGROSOS

Exclusiones Generales de estas condiciones generales

V.- CLAÚSULAS GENERALES

CLAÚSULA 1ª “CONTRATO DE SEGURO”

La Solicitud, la Póliza, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Especiales, los Endosos –si los hubiera–, así como la Credencial constituyen el Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante o el Asegurado y PLAN SEGURO.

PLAN SEGURO se reserva el derecho de expedir endosos mediante los cuales se excluya una Cobertura para cubrir determinados padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Este derecho se ejercerá en el momento de la contratación, en la rehabilitación, en la renovación o por cambio de ocupación del Asegurado.

CLAÚSULA 2ª “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.

CLAÚSULA 3ª “RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA”

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CLAÚSULA 4ª “PRESCRIPCIÓN”

Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo señalado no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino 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 necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

CLÁUSULA 5ª “OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES”

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a PLAN SEGURO, en la solicitud y en los cuestionarios relativos al Seguro, todos los hechos tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro que sean importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a PLAN SEGURO para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

CLÁUSULA 6ª “COMPETENCIA”

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención al Asegurado de PLAN SEGURO o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a elección del reclamante acudir a cualquiera de sus subdelegaciones en términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

De no someterse las partes al procedimiento seguido ante la CONDUSEF, o al arbitraje de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el Juez competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado Juez.

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 Cortinez No 3299, Colonia Rincón del Pedregal, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México.

Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.planseguro.com.mx

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

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

CONDUSEF

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

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

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

Página web: www.condusef.gob.mx

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver:
www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención
Registro electrónico de comentarios:
HYPERLINK "mailto:asesoria@condusef.gob.mx"

CLÁUSULA 7ª “VIGENCIA DEL SEGURO”

Salvo pacto en contrario, la vigencia del Contrato de Seguro será de un (1) año. Inicia en la fecha estipulada en la Póliza, a las 12:00 horas, y concluye el día estipulado en la póliza, también a las 12:00 horas.

CLÁUSULA 8ª “MONEDA”

Todo pago relativo al Contrato, ya sea por parte del Contratante o de PLAN SEGURO, se efectuará en moneda nacional, conforme a la ley monetaria vigente.

En el caso de emergencia en el extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, serán reembolsables al equivalente en moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio vigente al día en que se efectuó el gasto. El tipo de cambio que se aplicará será el publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del rubro “Tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana”. Las demás indemnizaciones se realizarán conforme al tipo de cambio mencionado vigente al que se realice el pago.

CLÁUSULA 9ª “EDAD”

Se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro. La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse una sola vez cuando PLAN SEGURO lo solicite, y quedará constancia en la Póliza o en cualquier otro comprobante.

Las edades de los Asegurados para ser aceptados en la Póliza son de 0 (recién nacidos) a 64 años.

Las personas que soliciten por primera vez el seguro y que su edad esté comprendida entre los 60 y 64 años de edad a la fecha de esa primera solicitud, tendrán derecho a renovar su seguro hasta los 70 años cumplidos. En estos casos al término de la vigencia de la última póliza de seguro, ésta ya no se podrá renovar.

CLÁUSULA 10ª “AJUSTE POR EDAD”

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, PLAN SEGURO no podrá rescindir la Póliza, a no ser que la edad real al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro esté fuera de los límites de admisión fijados por PLAN SEGURO, en cuyo caso se devolverá al Contratante la reserva matemática en la fecha de rescisión.

En los casos donde hubo inexactitud en la verdadera edad del Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro, pero ésta estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por PLAN SEGURO, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de PLAN SEGURO se reducirá en la proporción que exista entre la prima cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, PLAN SEGURO estará obligada a reembolsar al Asegurado la diferencia entre la reserva matemática existente y la que habría sido necesaria por la suma asegurada y por la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. La suma asegurada y las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

CLÁUSULA 11ª “AJUSTE POR SINIESTRO”

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere sido pagada la prima anual completa, PLAN SEGURO tiene derecho a deducir, de la indemnización, el importe faltante de la prima pendiente de pago hasta completar la prima anual correspondiente.

CLÁUSULA 12ª “REHABILITACIÓN”

En caso de que el Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al último día del periodo de gracia. Los efectos del Contrato se rehabilitarán a partir del día y hora señalados en el comprobante de pago. En caso de que no se indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá por rehabilitado el Seguro a las cero horas del día siguiente de la fecha de pago, conforme a las siguientes condiciones:

- a) pago de la prima
- b) carta de no siniestro

Bajo ninguna circunstancia, PLAN SEGURO responderá de enfermedades o accidentes, y sus efectos posteriores, ocurridos durante el periodo al descubierto comprendido entre el vencimiento del periodo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

CLÁUSULA 13ª “PERIODO DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO”

Los Asegurados quedarán cubiertos, en el caso de accidente, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la Póliza. Si se trata de una enfermedad cubierta, ella quedará amparada si se origina 30 días naturales posteriores a la inclusión del Asegurado en la Póliza, lapso que no tendrá lugar en los casos de renovación y cuando se trate de emergencia o urgencia médica. Los hijos de madres aseguradas quedarán cubiertos desde el primer día de nacimiento cuando: a) nazcan dentro de la vigencia de la Póliza, b) la madre asegurada haya cubierto el periodo de espera respectivo, y c) se avise por escrito a PLAN SEGURO del nacimiento dentro de los treinta días naturales posteriores a éste.

CLÁUSULA 14ª “PRIMA”

La prima de Seguro quedará determinada de acuerdo con el sexo y edad alcanzada de los asegurados, así como de acuerdo con la zona geográfica de atención hospitalaria, deducible, coaseguro y suma asegurada, y finalmente de acuerdo con el Plan contratado en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. En cada renovación o inclusión, la prima se determinará conforme a los factores anteriores y aplicando las tarifas en vigor a la fecha en que se haga la renovación o inclusión, según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA 15ª “FORMA DE PAGO”

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

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

Las Primas convenidas deberán pagarse 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 Sobre el 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.

CLÁUSULA 16ª “RENOVACIÓN 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 inexacta, las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación de un siniestro y/o las consecuencias de una reclamación o de la realización del siniestro; o,**
- b) **Falsificar 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 o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o reembolso o fundar o justificar cualquier situación o 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, así como también se ofrecerá una Red Médica y Hospitalaria similar a la originalmente contratada. 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 (Aplica una vez por padecimiento), 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 representarle un esfuerzo financiero importante.

CLÁUSULA 17ª “ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS”

Para toda alta se requerirá:

- a) Entregar a PLAN SEGURO Solicitud.

b) Pagar la prima correspondiente.

Los hijos de la madre Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular quedarán dados de alta desde su nacimiento sin necesidad de presentar pruebas médicas siempre y cuando: a) nazcan dentro de la vigencia de la Póliza, b) la madre asegurada haya cubierto el periodo de espera respectivo, y c) se dé aviso por escrito a PLAN SEGURO del nacimiento dentro de los treinta días naturales posteriores a él.

El Asegurado que contraiga matrimonio puede asegurar en la Póliza a su cónyuge, previa solicitud y cuestionario médico entregados a PLAN SEGURO. La aceptación queda sujeta a la aprobación de ésta.

Sin los avisos respectivos, la inclusión del cónyuge y de los nuevos hijos estará condicionada a la aceptación de PLAN SEGURO.

Causará baja de la Póliza la persona que haya dejado de ser dependiente económico.

En caso del alta de un Asegurado durante la vigencia de la Póliza, PLAN SEGURO cobrará la Prima de Tarifa de acuerdo con la edad de dicho asegurado y calculada en proporción desde la fecha de alta hasta el final de vigencia de la Póliza.

CLÁUSULA 18ª “OCUPACIÓN”

El Asegurado deberá comunicar a PLAN SEGURO 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 PLAN SEGURO en lo sucesivo.

Asimismo si el Asegurado cambia de ocupación distinta a la declarada a una más peligrosa, deberá dar aviso inmediato por escrito a PLAN SEGURO, la cual se reservará el derecho de cancelar el Contrato o extender la protección al riesgo que implique el nuevo oficio. En caso de no dar aviso, PLAN SEGURO no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen a consecuencia de la nueva ocupación.

CLÁUSULA 19ª “RESIDENCIA”

Sólo estarán protegidas bajo este Seguro las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana.

CLÁUSULA 20ª “OTROS SEGUROS”

Si las Coberturas de la Póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, por parte de PLAN SEGURO u otras aseguradoras, cubriendo los mismos riesgos, las reclamaciones de indemnización pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los cuales se liquidarán en proporción a la suma asegurada por cada póliza. En caso de que otra compañía aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado se obliga a presentar fotocopia de todos los comprobantes así como el finiquito original elaborado por la otra compañía aseguradora.

CLÁUSULA 21ª “PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS”

Cualquier enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado de manera escrita por el reclamante a PLAN SEGURO en el curso de los primeros 5 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado la enfermedad y dentro de las 24 hrs. siguientes en caso de accidente. El retraso

para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que en cuanto cesó esto último se proporcionó la información necesaria a PLAN SEGURO.

En accidente no aplica ni coaseguro ni deducible, siempre y cuando la reclamación sea superior al deducible contratado. No se consideran accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado ni aquellas cuyo primer gasto ocurra fuera de los primeros **30** días naturales siguientes a la fecha del accidente. Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento.

No se consideran como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. Las enfermedades que se deriven de su propio tratamiento médico-quirúrgico así como sus recurrencias y/o complicaciones se consideran como una misma enfermedad.

Toda cirugía programada, incluyendo la de corta estancia, deberá ser notificada mediante escrito por el Asegurado a PLAN SEGURO cuando menos 5 días hábiles anteriores a la fecha de internamiento. El Asegurado tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado la cirugía. La cirugía de corta estancia podrá ser autorizada vía pago directo si es programada y si se cumple el periodo de aviso indicado (de 5 días de anticipación); en caso contrario, el pago se hará vía reembolso.

Para la programación de cirugía el Asegurado deberá recibir, previamente a su intervención quirúrgica, la autorización de PLAN SEGURO mediante una carta-pase que garantiza el pago directo, la cual el Asegurado entregará al área de admisión del hospital y/o al médico tratante. Sólo opera para los hospitales y médicos con los cuales PLAN SEGURO tiene convenio.

El pago directo aplica:

- a) Para hospitalizaciones mayores de 24 horas
- b) A partir de cuando el Asegurado es declarado paciente interno por parte del hospital, y
- c) Esto es notificado oficialmente a PLAN SEGURO.

El pago directo no aplica:

- a) En periodos de gracia
- b) En contratación por pago fraccionado a menos que todos los pagos fraccionados pendientes por pagar hayan sido cubiertos.

En el pago directo quedan a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos por la Póliza, el deducible y el coaseguro.

En toda reclamación deberá comprobarse a PLAN SEGURO, por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a PLAN SEGURO las formas de reclamación correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así mismo deberá presentar todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos Fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de PLAN SEGURO, una vez pagada la indemnización correspondiente. En caso de no cumplirse estos requisitos, PLAN SEGURO quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Para toda reclamación será indispensable entregar los siguientes documentos:

- a) Copia de identificación oficial vigente del Asegurado afectado (con excepción de los menores de edad).
- b) Comprobante de domicilio actual (Si el domicilio plasmado en el INE coincide con el notificado en el aviso de Accidente o Enfermedad, no es necesario).
- c) Aviso de accidente o enfermedad. Este documento se presentará requisitado en forma completa y con letra de molde por el Titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona

- de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado Titular o el Contratante.
- d) Informe médico. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos Informes Médicos como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer Informe Médico que exhiba el Asegurado. El Asegurado solicitará este documento al (los) médico (s) que haya (n) intervenido en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación. Se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.
 - e) Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.
 - f) Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Accidente o Enfermedad, deberán solicitarse a nombre del paciente (asegurado afectado si es mayor de 17 años), titular o contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
 - g) Facturas de honorarios médicos originales (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., Cédula profesional además de los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
 - h) Cada factura deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.
 - i) En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar una factura por cada visita realizada y cada factura se acompañará de un Informe Médico del Médico tratante por Consulta a Domicilio.
 - j) Facturas originales de Hospital, Farmacia, Laboratorio, Gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A, y deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
 - k) Desglose de la cuenta o comanda cuando se trate de atención hospitalaria. 34
 - l) Recetas de medicamentos cuando exista prescripción del Médico Tratante.
 - m) Recetas médicas para aparatos ortopédicos o equipo especial.

Los comprobantes que se presenten a PLAN SEGURO siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales (salvo que se indique lo contrario y para el caso de la Cláusula “Otros Seguros”).

Cada factura deberá especificar claramente el concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etcétera) y el nombre del paciente.

PLAN SEGURO sólo pagará: a) los gastos de internamiento realizados en sanatorios u hospitales debidamente autorizados, y b) los honorarios de médicos y enfermeras titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado. Se deberá entregar un recibo por cada consulta realizada.

PLAN SEGURO no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social, ni a cualquier otra institución semejante en donde no se exige remuneración.

PLAN SEGURO podrá nombrar un supervisor, el cual verificará la identidad del Asegurado, corroborará la enfermedad o lesión del Asegurado que se encuentre internado en el sanatorio u hospital y comprobará los gastos realizados.

Los Asegurados autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que lo hubieren tratado a dar información a PLAN SEGURO o persona designada por ésta y se obligan a someterse a los reconocimientos médicos que requiera PLAN SEGURO, a costa de ella, para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado no se sometiese a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

PLAN SEGURO tendrá el derecho de exigir al Asegurado 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.

Las reclamaciones complementarias a la inicial deberán ir acompañadas nuevamente por el informe médico (redactado por el médico tratante) y por el informe del reclamante (redactado por este último). Ambos documentos son indispensables para el análisis de dichas reclamaciones complementarias.

La reinstalación automática de la suma asegurada se lleva a cabo sin que el Asegurado tenga que efectuar pago alguno por concepto de prima.

Para cualquier reclamación comuníquese al teléfono 01800 277 1234.

CLÁUSULA 22ª “INDEMNIZACIONES”

Las indemnizaciones que resulten conforme al Contrato de Seguro serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que PLAN SEGURO reciba los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

En caso de intervención quirúrgica, dentro de los honorarios estará cubierta una consulta pre-operatoria, la intervención y consultas post-operatorias hasta un periodo de 30 días naturales después de haberse realizado la intervención quirúrgica.

Tomando como referencia el pago de los honorarios del médico cirujano, se pagará al médico ayudante el 20%; a un solo anestesiólogo, el 30%; y, siempre y cuando la intervención lo justifique, al segundo médico ayudante, el 10%. Quedan excluidos los honorarios de instrumentista.

Cuando se efectúen dos o más intervenciones en el mismo campo operatorio, PLAN SEGURO pagará, de acuerdo con el Plan contratado, la cirugía indicada con el porcentaje mayor o una de ellas cuando los porcentajes estipulados sean iguales.

Si en una misma sesión quirúrgica el cirujano efectúa otra intervención en diferente campo operatorio, PLAN SEGURO pagará, de acuerdo con el Plan contratado, el 100% de la de mayor costo más el 50% del costo de la otra operación efectuada. Sólo se cubrirán dos intervenciones.

Cuando se requiera intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico, se aplicará el Catálogo para cada cirujano en forma individual.

En el caso de un politraumatizado, el pago se efectuará de acuerdo con los dos puntos anteriores. Si fuera necesaria otra intervención quirúrgica, se le dará trámite normal como otra afección, siempre y cuando se realice con 24 horas de diferencia.

En caso de ocurrir un siniestro declarado procedente, PLAN SEGURO deducirá de la indemnización el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima anual.

Todos los reembolsos serán liquidados en las oficinas de PLAN SEGURO.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de PLAN SEGURO a causa de omisión, declaración inexacta o negligencia –en el aviso– por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago, junto con los intereses generados conforme a la tasa promedio alcanzada por la inversión de la reserva de PLAN SEGURO.

CLÁUSULA 23ª “PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA RECLAMACIÓN”

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por el Contrato de Seguro, se sumarán todos los gastos y se restará la cantidad establecida como deducible. De este importe se descontará el coaseguro. La cantidad resultante es la responsabilidad de PLAN SEGURO con el Asegurado.

Al hacerse uso de los hospitales de convenio y atenderse con médicos de la “Red PLAN SEGURO”, al deducible se le hará un descuento de hasta \$2,000; y al coaseguro, de hasta 10%.

Los descuentos anteriores se efectuarán cuando:

- 1) Se requiera de hospitalización.
- 2) El hospital utilizado sea de convenio y del Plan contratado o inferior.
- 3) Se requiera de hospitalización mayor de 24 horas.
- 4) El monto de la reclamación sea superior al deducible contratado en la Póliza.
- 5) Se atienda el Asegurado en la zona geográfica de atención hospitalaria contratada.

Los descuentos no aplicarán cuando:

- 1) Se trate de reembolso aun cumpliendo con los 5 puntos anteriores.
- 2) La intervención sea de cirugía de nariz o senos paranasales.
- 3) El Asegurado se atienda en un hospital de Plan superior al contratado; por cada Plan escalonado se aplicarán 15 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado.
- 4) El Asegurado se atienda en una zona geográfica de atención hospitalaria con clave mayor a la contratada; se aplicarán 15 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado excepto en caso de emergencia o urgencia médica.

El deducible se cobrará sólo una vez por evento.

En el caso de reclamación por accidente no se aplicará ni deducible ni coaseguro siempre y cuando los gastos hayan sido erogados dentro de los primeros 30 días posteriores al evento y sean mayores al deducible contratado.

El deducible se podrá actualizar de conformidad con los procedimientos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El coaseguro se descontará por cada reclamación complementaria que se presente.

CLÁUSULA 24ª “PERIODO DE INDEMNIZACIÓN”

En caso de que no se renueve la póliza, los siniestros ocurridos y procedentes durante la vigencia de esta póliza seguirán siendo cubiertos hasta 30 días naturales contados desde la fecha del término de vigencia o cancelación de la póliza.

En caso de renovación ininterrumpida de la póliza con PLAN SEGURO, el periodo de pago de indemnización será hasta agotarse la suma asegurada o hasta la recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado, lo que ocurra primero.

CLÁUSULA 25ª “INDEMNIZACIÓN POR MORA”

Si PLAN SEGURO, no obstante haber recibido los documentos completos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones a que se refiere el Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, dentro del plazo de 30 días pagará un interés moratorio de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir de la fecha del vencimiento en que se debe de hacer efectivo el pago de la obligación.

CLÁUSULA 26ª “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 vigentes, el cincuenta y dos por ciento (52%) 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 de manifestar por escrito, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la póliza, por lo que si posteriormente a dicha devolución el asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de indemnización por haber cesado ya los efectos del contrato de seguro. En tal situación, el periodo de beneficio no resultará aplicable. La devolución de la Prima Neta Pagada no Devengada, 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.

CLÁUSULA 27ª “INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO”

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito a PLAN SEGURO 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 del Contrato. PLAN SEGURO 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.

CLÁUSULA 28ª “ARBITRAJE”

En caso de que PLAN SEGURO notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, éste podrá acudir ante un arbitraje médico independiente – previo acuerdo entre ambas partes–, garantizándose en dicho acuerdo la independencia del árbitro y el procedimiento para su designación. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por PLAN SEGURO.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, se podrá pactar dentro del procedimiento de suscripción, que el solicitante se someta a un examen médico. Al Asegurado que se sometió al examen médico, no se le podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen.

CLÁUSULA 29ª “CAMBIO DE PLAN”

En caso de cambio de Plan, aplican las reglas y condiciones del nuevo Plan y los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo Plan los contemple.

“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 15 de abril de 2019, con el número CNSF-H0701-0014-2019/CONDUSEF-003628-01”.



Bld. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México

 Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **01 800 277 1234**
planseguro.com.mx
