

Condiciones Generales

Seguro de Gastos Médicos

Mayores Individual

Promobroker

 “La Primera Aseguradora Especializada en Salud”

PLAN
SEGURO





1. DEFINICIONES

4

ABDOMEN AGUDO	4
ACCIDENTE CUBIERTO	4
ANTIGÜEDAD	4
ASEGURADO	5
ASEGURADO TITULAR	5
ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO	5
AYUDANTE	5
BASE HOSPITALARIA	5
COASEGUROS	5
CONTRATANTE	5
DEDUCIBLE	5
DEPENDIENTES ECONÓMICOS	6
EMERGENCIA MEDICA	6
ENDOSO	6
ENFERMEDAD	6
ENFERMEDAD CUBIERTA	6
ENFERMERA	6
EVENTO	7
EXTRAPRIMA	7
GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	7
HOSPITAL, SANATORIO O CLINICA	7
HOSPITALIZACIÓN	7
INTERÉS ASEGURABLE	7
INDEMNIZACIÓN	7
INFORME MÉDICO	7
INICIO DE COBERTURA	7
LESIÓN AGUDA	8
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	8
MÉDICO	8
MÉDICO ESPECIALISTA	8
ÓRTESIS	8
PADECIMIENTO	8
PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO	8
PADECIMIENTO PREEXISTENTES DECLARADOS	9
PAGO DIRECTO	9
PAGO POR REEMBOLSO	10
PERÍODO DE ESPERA	10
PÓLIZA DE SEGURO	10
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	10
PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	10
RECLAMACIÓN	10

RED MÉDICA	10
REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA	10
SIGNO	10
SINIESTRO	10
SINTOMA	10
SUMA ASEGURADA	11
TABLA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS	11
TOPE MAXIMO DE COASEGURO	11
TRASLADO	11
UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)	11
VIDA DE POLIZA	11

2. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

12

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA	12
AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL	12
CONSULTAS MÉDICAS	13
CONSUMO DE OXÍGENO	13
GASTOS HOSPITALARIOS	13
HONORARIOS MÉDICO-QUIRURGICOS	13
HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO	14
HONORARIOS DE AYUDANTE	14
HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO	14
LABORATORIO, GABINETE E IMAGÉNOLOGÍA	14
MÉDICAMENTOS	14
PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL	14
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	16
TRANSFUSIONES Y APLICACIONES	16
TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUMIOTERAPIA	16
TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES Y GIGIVALES	16
TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS	17
PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	17
TRASPLANTE DE ORGANOS. SE CUBREN	17
OTROS GASTOS CUBIERTOS	17
PTOSIS PALPEBRAL	17



ALIMENTACIÓN PARENTERAL	17
EXPANSORES MAMARIOS	17
LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO APASAJERO	18
EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.	18
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	18
GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA	18
RECIÉN NACIDOS	18
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	18
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA	19
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA	19
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA	20

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	33
PRIMAS	34
ALTA DE ASEGURADOS	34
ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA	34
BAJA DE ASEGURADOS	34
FORMA DE PAGO	35
OCUPACIÓN	36
EDAD	36
REHABILITACIÓN	36
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	37
PERÍODO DE BENEFICIO	37
PERÍODO DE GRACIA	37
PERÍODO AL DESCUBIERTO	37
CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO	37
ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA	38
CLÁUSULAS OPERATIVAS	38
COBERTURA DEL CONTRATO	38
TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE	38
RESIDENCIA	39
PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN	39
VIGENCIA	39
PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	39
AVISO DE SINIESTRO	39
ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA	39
RECLAMACIONES	40
PAGO DE RECLAMACIONES	42
PAGOS IMPROCEDENTES	43
CLÁUSULAS CONTRACTUALES	44
CONTRATO	45
COMPETENCIAS	45
PRESCRIPCIÓN	46
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	46
MONEDA	47
OTROS SEGUROS	47
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	47
INTERÉS MORATORIO	47
SUBROGACIÓN DE DERECHOS	49
COMUNICACIONES	50

3. ASISTENCIAS INCLUIDAS 20

PROGRAMA DE ASISTENCIA FUNERARIA	20
PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA	21

3. EXCLUSIONES GENERALES 25

4. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO 29

COBERTURAS DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	29
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)	30
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO	31

5. CLÁUSULAS GENERALES 33

CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	33
--	----

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 y/o quirúrgico.

No se considera Accidente:

- Las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- Las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los 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 solo siniestro.

El gasto erogado y procedente, 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 Mayor, debiendo ser reportado a Plan Seguro en los términos que se indica en el apartado Pago de Siniestros e Indemnizaciones para Aviso de Siniestro.

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

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual ha estado la persona asegurada en una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud. La Antigüedad puede ser de Póliza(s) de PLAN SEGURO o ser reconocida de Pólizas de otras Compañías; para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos solicite PLAN SEGURO al momento de solicitar la Póliza o bien durante los treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la Póliza contratada con PLAN SEGURO, así como cualquier otra información que para estos efectos solicite PLAN SEGURO. El Reconocimiento de Antigüedad sólo aplica para eliminar o reducir los períodos de espera, excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen en determinadas coberturas que no opera el Reconocimiento de Antigüedad, siempre y cuando se hayan hecho presentes los padecimientos, síntomas o signos en las personas aseguradas con posterioridad al inicio de vigencia de la Póliza con PLAN SEGURO, ya sea que haya sido 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, o bien, 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, por lo que no se cubrirán padecimientos preexistentes ni

congénitos. En caso de otorgar el Reconocimiento de Antigüedad PLAN SEGURO expedirá el Endoso correspondiente.

Para otorgar el beneficio de Reconocimiento de Antigüedad, se requiere que el período mínimo transcurrido en la Póliza inmediata anterior sea de un (1) año.

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 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 Hospitalaria contratada, además del Coaseguro contratado, pagará veinte por ciento (20%) adicional sobre los gastos cubiertos, por cada nivel de Base Hospitalaria superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte por ciento (20%) adicional al Coaseguro contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico y el Hospital estén o no en convenio con Plan Seguro.

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 cuya edad se encuentre dentro de los límites de aceptación de PLAN SEGURO.

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 el apartado Gastos Médicos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Períodos de Espera, Exclusiones y Endosos de la Póliza y/o Asegurado.

ENDOSO. Documento que forma parte del Contrato de seguro y que modifica, previo acuerdo entre las partes, 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 Generales de éstas 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.

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

EXTRAPRIMA. 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. Se entenderá como tal, aquellos gastos 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 y equipos hospitalarios respectivos y a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

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

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 período 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 haya renovado 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 períodos de espera de aquellos padecimientos indicados en estas condiciones generales.

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.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Es la Enfermedad con la que se nace o que tuvo su origen durante el período 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.

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 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.

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 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 y que por sus características no pueden pasar desapercibidos, encontrándose o no declarados en el Cuestionario Médico, de conformidad con lo siguiente:

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

Cuando Plan Seguro 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, de conformidad con el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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. En caso de cualquier omisión o inexacta declaración, de conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Plan Seguro estará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque dichas omisiones o inexactas declaraciones no hayan influido en la realización del siniestro.

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.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Los que son dados a conocer por el Asegurado en la solicitud y/o cuestionario de contratación de la Póliza.

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

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 período de gracia, este procedimiento no opera.

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.

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

PÓLIZA DE SEGURO. 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 material o 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 para 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.

Sin embargo, si esta última reinstalación de Suma Asegurada también ha sido agotada por uno o varios padecimientos cubiertos, se volverá a reinstalar la Suma Asegurada por una vez más 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 esta Suma Asegurada, sin que el Asegurado tenga que efectuar pago alguno por concepto de prima.

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.

SUMA ASEGURADA. Límite máximo de responsabilidad de PLAN SEGURO por cada Asegurado a consecuencia de uno o varios padecimientos cubiertos durante la vida de la Póliza, de acuerdo con las condiciones y excepciones estipuladas en la carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales.

TABLA DE HONORARIOS MEDICO-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 o aplicación.

TOPE MAXIMO DE COASEGURO. Es la cantidad máxima a cargo del Asegurado por padecimiento 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 Hospitalaria 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 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>.

VIDA DE LA POLIZA. Es el período 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. GASTOS MEDICOS CUBIERTOS

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 o hasta la Suma Asegurada contratada según corresponda, ajustándolo a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales.

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

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

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS:

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA. Se cubren la ambulancia aérea por emergencia siempre que en la carátula de la Póliza se especifique la cobertura de Ambulancia Aérea, 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, sin deducible.

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

- **Sea impedido por cualquier circunstancia, 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. Se cubren los gastos de transporte en ambulancia terrestre local siempre y cuando sea medicamente 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 diez por ciento (10%), no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

CONSULTAS MÉDICAS. Se cubren las consultas médicas 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 del Médico tratante.

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

CONSUMO DE OXÍGENO. Se cubre el 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.
- 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 los Honorarios Médico-Quirúrgicos de éstos se cubrirán hasta una suma asegurada de 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 hospitalaria 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 y el Hospital tengan o no convenio con Plan Seguro.

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

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

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. Se cubren los gastos de Honorarios del Anestesiólogo y se pagarán hasta el treinta por ciento (30%) de los Honorarios que PLAN SEGURO pague al Cirujano.

HONORARIOS DE AYUDANTE. Se cubren los honorarios de los ayudantes de acuerdo a lo siguiente:

- a) Primer Ayudante. Hasta el veinte por ciento (20%) de los Honorarios que PLAN SEGURO pague al Cirujano
- b) Segundo Ayudante. Hasta el diez por ciento (10%) de los Honorarios que PLAN SEGURO pague al Cirujano, previa autorización de PLAN SEGURO.

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

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

MEDICAMENTOS. Se cubren los siguientes gastos de medicamentos:

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

PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL. Se cubren los gastos que resulten del uso y/o colocación y/o la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, 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 o hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla, lo que sea menor, aplicando, el deducible y el coaseguro de la póliza.

Por Concepto de	Suma Asegurada
Prótesis valvular cardiaca y endoprótesis cardiacas	58 UMAM (por padecimiento)
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 (por concepto)
Adquisición y colocación de neuroestimuladores	257 UMAM (por concepto)

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. Se cubre la rehabilitación y fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias de acuerdo al tabulador contratado 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 cubren para el asegurado las transfusiones y aplicaciones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del padecimiento del Asegurado, excepto lo mencionado a continuación en las Exclusiones de la Cobertura

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

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

TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES. Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de 10 UMAM al momento del Tratamiento, aplicando el deducible y el coaseguro de la Póliza.

TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. Se cubren los 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. Se cubren los 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 de forma indispensable y sin excepciones, así como copia de la atención de emergencia que recibieron. Este beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, sin Deducible y sin Coaseguro.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS. Se cubren los gastos médicos o quirúrgicos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, que hayan sido erogados por el Asegurado como receptor del trasplante de los siguientes órganos:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Riñón

Se cubren los gastos médicos o quirúrgicos del receptor y del donante por trasplante de órgano de acuerdo a la tabla de honorarios médico-quirúrgicos contratada. En caso de un donante vivo se consideraran gastos cubiertos, los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, hasta por la Suma Asegurada de 500 UMAM o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor, no se cubrirán gastos de complicaciones ni secuelas para el donador, este beneficio operará aplicando el Deducible y Coaseguro contratado.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

OTROS GASTOS CUBIERTOS

PTOSIS PALPEBRAL. Se cubre cuando se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto **de lo contrario no estará cubierto por Plan Seguro.**

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.

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.

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Se cubren los equipos externos para aplicación de medicamentos previa autorización de PLAN SEGURO.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. Se cubre el servicio de consulta médica especializada, la cual podrá ser solicitada por el Asegurado a un médico sin convenio y el costo será asumido por PLAN SEGURO.

PLAN SEGURO cubrirá los gastos derivados de esta consulta para el mismo padecimiento siempre y cuando se trate de una enfermedad cubierta.

GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA

PARTO Y CESÁREA. Se cubren los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea de la Asegurada así como la preeclampsia y eclampsia, y siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en PLAN SEGURO.

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 aplicar deducible ni coaseguro.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA. Se excluye cualquier afección propia del embarazo no especificado anteriormente, así como toda complicación del embarazo, parto y puerperio, 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.

RECIÉN NACIDOS. Se cubren 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, es decir, notificando a PLAN SEGURO durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la prima del nuevo Asegurado, dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de alta correspondiente, para lo cual es necesario presentar el Acta de Nacimiento o Constancia de Alumbramiento correspondiente, mediante el cual se acredite que el recién nacido se encuentra con vida..

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

MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Se cubren 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, se haya dado de alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales, es decir, notificando a PLAN SEGURO durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la prima del nuevo Asegurado, para lo cual es necesario presentar el Acta de Nacimiento o Constancia de Alumbramiento correspondiente.

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA. Se cubren después de transcurrido el primer año (1er) 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 (excepto cuando se trate de un accidente o emergencia médica o enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon perforado o que se hayan complicado con un abdomen agudo)
- Litiasis renoureteral (excepto cuando se trate de un accidente o emergencia médica),
- Insuficiencia venosa periférica y varices de miembros inferiores
- 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 y Coaseguro contratados.
- Lipomas de cualquier región.
- Padecimientos prostáticos y prostatectomía,
- Prolapsos de cualquier tipo
- Padecimientos ginecológicos (excepto cuando se trate de un accidente , emergencia médica o que como complicación deriven en un abdomen agudo)
- Tumores.
- Cataratas,
- Hallux valgus (juanetes),
- 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 período de espera estipulado ya que de presentarse durante el mismo éste padecimiento será considerado como exclusión.

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

- Padecimientos relacionados con el piso perineal,
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral (excepto aquellos que se presenten derivados de un accidente o emergencia médica para los que se deberá presentar los 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 y/o consulta de segunda valoración que se requiera para acreditar que se trata de una lesión aguda).

Para estas coberturas, si 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 período de espera indicado, ya que de presentarse durante el mismo estos padecimientos serán considerados como exclusión.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA. Se cubre la Atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) con período de espera de 4 años continuos e ininterrumpidos en el producto PROMOBROKER de PLAN SEGURO contados a partir de la fecha de alta del Asegurado, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el período de espera estipulado ya que de presentarse durante el mismo éste padecimiento será considerado como exclusión.

En caso de que el Asegurado, se le hubiera amparado éste padecimiento en alguna Compañía anterior deberá presentar a PLAN SEGURO la carátula de Póliza y/o endoso en donde se especifique que dicho padecimiento estaba cubierto, los recibos de pago de las primas correspondientes y una prueba serológica negativa del virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) en un plazo no mayor a treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la Póliza contratada en el producto PROMOBROKER de PLAN SEGURO, para otorgarle el reconocimiento de antigüedad correspondiente.

En éste caso el período de espera de 4 años, se verá disminuido o eliminado de acuerdo al período de tiempo continuo e ininterrumpido reconocido por PLAN SEGURO y el período de tiempo no reconocido deberá transcurrirlo en el producto PROMOBROKER de PLAN SEGURO, en cuyo caso las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no deberán ocurrir durante el período de espera por transcurrir, ya que de presentarse durante el mismo, éste padecimiento será considerado como exclusión.

En caso de otorgar el Reconocimiento de Antigüedad para esta cobertura PLAN SEGURO expedirá el Endoso correspondiente.

3. ASISTENCIAS INCLUIDAS

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

PROGRAMA DE ASISTENCIA FUNERARIA.

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

1. Información y orientación sobre el proceso del servicio funerario las 24 horas del día, 365 días del año.
2. Rescate del cuerpo en el lugar del deceso (Hospital, domicilio) o en el SEMEFO del Ministerio Público (cuando sea entregado a los familiares).
3. Traslado del cuerpo desde el lugar donde ocurrió el deceso hasta el lugar donde se efectuará el embalsamado y/o la velación, con una distancia máxima de 50 kilómetros a la redonda. En la Ciudad de México y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey y áreas conurbadas el traslado se efectuará omitiendo la restricción de 50 kilómetros.
4. Sala de velación en funeraria, dentro de la Red del prestador, con una capacidad de 30 ó 40 personas en circulación.
5. Equipo de velación cuando ésta se haga en domicilio sin costo adicional (crucifijo, candelabros, banco pedestal para ataúd).
6. Ataúd metálico calibre 22 y en caso de cremación ataúd de cartuchos para velación.
7. Arreglo estético.
8. En caso de inhumación se cubre el servicio de embalsamado.

9. Servicio de cremación o inhumación.
10. Urna estándar en caso de cremación.
11. Traslado en carroza desde el lugar de velación hasta el lugar de inhumación cremación, dentro de los límites señalados en el punto 3.
12. Trámites de Gestoría tales como gestión ante las autoridades del Registro Civil para la obtención del Acta de defunción, trámite y permiso de inhumación o cremación, trámite para obtener el permiso de cremación de parte del juzgado y pago de derechos de cremación. En caso de ser necesario se incluye la gestión y trámites para obtener los permisos de la Secretaría de Salud.
13. Asesoría telefónica en materia testamentaria.
14. La primera consulta de apoyo de un Psicólogo especialista en Tanatología a familiares -en el Interior de la República la consulta es vía telefónica-. Si se requieren más consultas, correrán por cuenta de la familia.
15. Pago de derechos en Panteones Civiles y Municipales. Incluye el uso del terreno en la modalidad de temporalidad y la apertura y cierre de fosas. No incluye nichos, exhumaciones, ni trabajos de albañilería.
16. Asesoría en la gestión de reclamos de Seguros de tarjetas de crédito y créditos en general.

Para este servicio no aplica reembolso.

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA

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

1. **ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.** A petición del beneficiario, será referido con el prestador del servicio quine le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requieren la presencia de un médico. **SIN LÍMITE EN EL NÚMERO DE ORIENTACIONES.**
2. **PAGO Y ENVÍO DE MÉDICO GENERAL A DOMICILIO.** Se otorga a criterio del prestador del servicio, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiere la presencia de un médico para valoración del Beneficiario, gestionándose el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Dicho beneficiario pagará directamente al médico sólo los primeros \$300 pesos M.N. de cada visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta.
3. **PAGO Y ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE.** Si el beneficiario sufre un accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/ o adecuado. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

NOTA: EL beneficio que antecede, mencionado en el numeral 3, se ofrece con un máximo de DOS eventos por año y por asegurado. A partir del tercer evento en adelante, el costo correrá por cuenta del Beneficiario a precios preferenciales.

4. **REFERENCIA MÉDICA.** Se incluye concertación de cita con Médicos Generales o Especialistas (de todas las especialidades con Médicos en convenio con el prestador) o en un centro hospitalario, en caso

de accidente y/o enfermedad, todas las consultas del primer nivel de atención o del segundo nivel de Especialidad con un costo de 300 pesos M. N.

5. REFERENCIA DE LABORATORIOS CLÍNICOS. Estudios de Laboratorio como Biometría Hemática, Química Sanguínea, VDRL, VIH, Antígeno prostático, etc. (Los precios serán preferenciales con descuentos entre el 10% al 50%).
6. REFERENCIA A GABINETES MÉDICOS DE IMAGEN. Estudios de Gabinete (incluye estudios de radiología: Rayos X simples y con medio de contraste, Ultrasonidos, Tomografías, etc.; así como estudios de Electrocardiografía, Electroencefalografía, Endoscopias, etc.). Los precios serán preferenciales con descuentos entre el 10% al 50%.

Acceso con Proveedores en convenio (Gabinetes, Laboratorios, Ópticas, servicio de enfermera, y asesoría al paciente) con precios preferenciales.

7. REFERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA GENERAL A DOMICILIO.- Se otorga a solicitud del Beneficiario, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de Enfermería General al Beneficiario, gestionándose el envío de un(a) enfermero(a) hasta su domicilio o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. A costo preferencial
8. REFERENCIA DENTAL. Costos Preferenciales en Diagnóstico (incluye concertación de cita con un odontólogo), Radiografías, Prevención, Operatoria Dental, Odontopediatría, Endodoncia, Cosmética Dental, Cirugía bucal, Prótesis bucal y Prostodoncia, Tratamiento Parodontal y Ortodoncia. Descuentos dependiendo del tratamiento, del 25% hasta el 40%.
9. REFERENCIA OPTICAS.- Costos preferenciales y descuentos con ópticas de reconocido prestigio.
10. REFERENCIA DE FARMACIAS.- Descuentos en medicamentos de patente y controlados en FARMACIAS ESPECIALIZADAS en convenio. Los precios serán preferenciales con descuentos entre el 5% y el 15%.
11. ASISTENCIA NUTRICIONAL (atención de 9:00 a 18:00 pm de lunes a viernes).
A solicitud del Beneficiario, el prestador del servicio gestionará con cargo a las cuotas depositadas en la cuenta bancaria del prestador, la orientación telefónica, sobre los siguientes aspectos:

- Ideas de cómo calcular el peso ideal.
- Indicaciones para obtener el cálculo de masa corporal.
- Dietas sencillas para toda la familia y estilos de vida.
- Rutinas de ejercicio, cuánto, cuándo y cómo hacerlo y bajo qué situaciones se requiere la supervisión de un médico.
- Desórdenes alimenticios no críticos.
- Referencias de qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

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

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

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

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

A solicitud del Beneficiario el prestador del servicio gestionará, con cargo a las cuotas depositadas en la cuenta bancaria del prestador, la orientación telefónica sobre cómo afrontar problemas o trastornos generados por:

- Padecimiento de enfermedades terminales del propio Beneficiario o de alguno de sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.
- Pérdida por el fallecimiento de alguno de los padres, cónyuge, hijos o hermanos del Beneficiario.
- Ayudar para identificar o detectar síntomas sobre desórdenes alimenticios, cuyo desenlace pudiesen provocar enfermedades tales como anorexia, bulimia, compulsión por ingesta de alimentos, etc.
- Apoyo familiar de pareja o individual.

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

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

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

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

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO:

1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún médico o durante viajes de duración superior a sesenta (60) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.
2. Las Situaciones de Asistencia ocurridas fuera de la vigencia de la póliza.
3. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el prestador.
4. Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.
5. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.



6. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
- c) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
- d) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.
- e) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.
- f) Los causados por mala fe del Beneficiario.
- g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
- h) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.
- i) Cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Beneficiario y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida durante la vigencia de éste contrato.
- j) Embarazos en los últimos tres meses antes de la "Fecha probable de parto", así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
- k) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
- l) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- m) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- n) Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
- o) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- p) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- q) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- r) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación, se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc.,

sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás accidentes del terreno o lugar.

4. 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 declarados o no declarados.
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, siempre y cuando el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.
11. 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).
12. Durante la hospitalización, queda excluido el servicio de enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.
13. Abortos y legrados uterinos, cualquiera que sea su causa.
14. 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.
15. 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.
16. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloide excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos y ocurridos durante la vigencia de la Póliza, además de los gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso, tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
17. Además de los 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.
18. Gastos ocasionados por diastasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.
19. Tratamiento médico quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
20. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.

21. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
22. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.
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 platillas ortopédicas, cama tipo hospital o aparatos similares.
24. 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.
25. Tratamientos que requieran el uso de cámara hiperbárica.
26. 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.
27. Los honorarios médicos cuando el médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.
28. Las consultas de médicos especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica, acné, cuperosis, los tratamientos con base en hipnosis, crioterapia y quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.
29. Tratamientos y estudios de diagnóstico y/o control de laboratorio y gabinete relacionadas con menopausia, climaterio, osteoporosis (densitometría), tabaquismo, control del sueño (polisomnografía) cualquiera que sea la etiología del padecimiento o trastorno a descartar, así como los padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.
30. No están cubiertas las vacunas de cualquier tipo, incluyendo la vacuna antirogham la cual se utiliza en el caso en que el recién nacido Asegurado sea Rh negativo.
31. 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.
32. No estarán cubiertos los tratamientos de acupuntura, naturistas, homeópatas, médicos quiroprácticos u otro tipo de medicina alternativa.
33. No está cubierta la renta de equipos para endoscopia, colonoscopia y electrofisiología.

34. 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.
35. 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, sabana 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.
36. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, anti psicóticos, tranquilizantes, relajantes, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico independientemente de su causa.
37. 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.
38. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.
39. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, ya sea que haya sido 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, o bien, 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, así como cualquier gasto que se haya erogado en
40. dicho período.

5. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO

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

COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura 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, en la carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de la misma..

Quedará incluida esta cobertura, siempre que se indique en la carátula de la Póliza.

PLAN SEGURO cubrirá las erogaciones que se originen por una emergencia médica en el extranjero, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta Póliza.

Se considera como emergencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que requiera atención médica de inmediato. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y por lo tanto los efectos de esta cobertura.

En toda reclamación que se origine por una emergencia en el extranjero, se le aplicará únicamente el deducible indicado en la carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada que corresponde a esta cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura.

Por concepto de habitación, quedará cubierta la tarifa correspondiente a cuarto semiprivado.

Quedarán cubiertas las siguientes complicaciones del embarazo y del parto:

La intervención quirúrgica con motivo de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica y eclampsia. Mola Hidatiforme

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

Los beneficios de ésta cobertura cesarán cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero.

PLAN SEGURO pagará la reclamación por Emergencia en el Extranjero únicamente por 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 DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. Esta cláusula opcional no cubre los siguientes gastos:

1. No quedarán cubiertos los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana.
2. No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.
3. No quedarán cubiertos los tratamientos de rehabilitación.
4. No quedará cubierta la operación cesárea, ni ninguna otra complicación no mencionada como gastos cubiertos.
5. Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.
6. No quedarán cubiertos los gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.
7. No quedarán cubiertas las malformaciones congénitas.
8. No quedarán cubiertos los estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.
9. Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.
10. Quedan excluidos los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de 3 meses fuera de la República Mexicana.

PREVALENCIA. En caso de que la cobertura de Atención Médica en el Extranjero, opcional con costo, se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta cobertura.

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)

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. Se otorga una indemnización por día de hospitalización en caso de accidente contados desde el primer día siempre y cuando el Asegurado haya permanecido hospitalizado cuando menos 48 horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y de la contratación de esta cobertura hasta por la suma asegurada por día contratada indicada en la carátula de la Póliza y/o endoso.

El período máximo de tiempo de hospitalización que PLAN SEGURO estará obligado a pagar por Evento son noventa (90) días ininterrumpidos y en ningún caso PLAN SEGURO estará obligado a pagar más de dos (2) Eventos por año. Dichos Eventos deberán ser consecuencia de diferentes accidentes.

Edad de contratación a partir de los 20 años y hasta los 65 años

La suma asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza de esta cobertura es independiente a la contratada en la cobertura básica.

Se define como Accidente Amparado. Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca lesiones corporales al Asegurado, o la muerte, y opera siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo Evento.

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

Se define como Evento. Cualquier accidente amparado que sufra el Asegurado

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 de 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 siquiátricos, demencia senil o abandono familiar
- g) Hospitalizaciones por accidente que no sean medicamente 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.

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 a la Asegurada le diagnostiquen por primera vez de cáncer en alguno de los siguientes órganos de acuerdo a la definición y una vez transcurrido el período de espera de ciento ochenta 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 por PLAN SEGURO.

Se define como Cáncer. Es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento sin control y diseminación de células malignas a través de la invasión y destrucción de tejido normal. El cáncer debe requerir tratamiento por medio de cirugía o radioterapia o quimioterapia. El diagnóstico debe ser confirmado por medio de un reporte válido de patología y un reporte de un especialista certificado.

Los siguientes cánceres están excluidos:

1. Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre-malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos, incluyendo la displasia cervical o en cuello uterino NIC1, NIC2 y NIC31.
2. Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Última Edición de la AJCC2.
3. Todos los cánceres de piel.
4. Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.

Notas

1. **Neoplasia Intraepitelial Cervical:** Es la clasificación para el cáncer cervicouterino según su estado de avance (1, 2, 3)
2. **Sistema que se usa para describir tanto la cantidad de cáncer como su diseminación en el cuerpo de un paciente mediante las letras TNM.** La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer hacia el tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer hacia otras partes del cuerpo). El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC) crearon este sistema y se encargan de actualizarlo. El sistema de estadificación TNM se usa para describir la mayoría de los tipos de cáncer. También se llama sistema de estadificación del AJCC.

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

- a) Padecimientos preexistentes.
- b) Falsas declaraciones.
- c) Cualquier otro tipo de Cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los Beneficios de esta Póliza como cubiertos.

- d) Diagnósticos realizados dentro del Período de Espera.
- e) Diagnósticos realizados después del fallecimiento de la Asegurada.
- f) 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.

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 extra prima 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 período 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
- 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.

BAJA DE ASEGURADOS. Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la familia asegurada. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del período en que la Póliza estuvo en vigor. En caso de existir algún siniestro afectando la Póliza no habrá devolución de prima, en caso contrario, se devolverá el 53% de la prima neta pagada no devengada.

Para el caso de devolución de prima neta pagada no devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente el asegurado deberá manifestar, en el formato que para tales efectos le proporcione Plan Seguro, 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.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir del momento en que se notifique a PLAN SEGURO cualquiera de las siguientes situaciones citadas a continuación:

Los hijos que dependan económicamente del Asegurado Titular, cuando éstos:

Contraigan matrimonio

Reciban remuneración por trabajo personal

En el momento en que PLAN SEGURO conoce que el Asegurado ha cumplido 25 años, procederá a excluirlo de la cobertura de la Póliza, a la renovación de la misma.

La esposa(o) o concubina(o) que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil Federal:

En caso de divorcio o término del concubinato

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 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 vencerán 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 del Contrato del Seguro).

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

EDAD. PLAN SEGURO, podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos hasta el límite de edad de 69 años en Pólizas nuevas 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, rechazar o indicar bajo qué condiciones se emitirá la Póliza y hasta 74 años en caso de renovaciones salvo que la contratación de la Póliza con PLAN SEGURO haya sido antes de los 60 años, para estos casos no existirá edad máxima de renovación.

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 53% 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.
- c) Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos que correspondan, el seguro dejará de surtir efecto y se reintegrará al Contratante el 53% de la prima que hubiere pagado en el período del seguro en curso, siempre y cuando no haya existido un siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de prima.

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 (15) días hábiles siguientes al vencimiento del período 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:

Utilizar el formato autorizado adjuntando los documentos establecidos, ambos por PLAN SEGURO. 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 período comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la Póliza y la fecha en que PLAN SEGURO emitió la respectiva autorización, 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 período de vigencia de la Póliza y el período 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.

Lo que ocurra primero.

PERÍODO DE BENEFICIO. Lapso de tres (3) días que inicia cuando se da la terminación de la vida de la Póliza.

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

PERÍODO AL DESCUBIERTO. Comienza a las 12 horas del día en que vence el Período de Gracia y concluye al recibir el pago completo de la prima o fracción previamente pactada, siempre y cuando el pago sea aceptado por PLAN SEGURO, quedando excluidas las Enfermedades y/o Accidentes cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este período 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, ya sea que haya sido 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, o bien, 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, aún y que el diagnóstico haya sido dado a conocer con posterioridad a la conclusión de este período.

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 período 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 (es) según corresponda.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA. Para este beneficio, PLAN SEGURO reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s), únicamente para efectos de reducir o eliminar los períodos de espera descritos en el apartado Gastos Cubiertos con Períodos de Espera.

El período mínimo para otorgar el beneficio de Reconocimiento de Antigüedad será de un (1) año.

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 período 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 período se elimina cuando al momento de la contratación, PLAN SEGURO otorga el Reconocimiento de Antigüedad con otras compañías.

Dicho período 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 “Gastos Médicos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Períodos de Espera, Exclusiones y Endosos de la Póliza y/o Asegurado”, respectivamente.

- c) **Emergencia Médica.** En caso de Emergencia Médica derivados de un Accidente y Enfermedad, en caso de que se trate de enfermedad y no exista un padecimiento de base que se haya agudizado y que cumpla con la definición contemplada en el apartado Definiciones así como en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera serán cubiertos desde el primer día.

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 53% 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, en el formato que para tales efectos le proporcione Plan Seguro, 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.

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

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación que se realice por y a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta en el contrato, el Asegurado tendrá como obligación el pago del Deducible y Coaseguro contratado, los cuales se aplicarán a la cantidad reclamada una vez ajustada a los límites establecidos en la carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos respectivos. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la participación total del Asegurado, así como los gastos no cubiertos.

A los gastos complementarios de alguna reclamación que ya haya sido aceptada y pagada y para la cual ya se hubiese cubierto el Deducible, no se aplicará cantidad alguna por concepto del mismo; sólo se aplicará el Coaseguro correspondiente.

En caso que exista una reclamación procedente y el monto de ésta sea superior al Deducible contratado, únicamente al utilizar Médicos y Hospitales en convenio de acuerdo al plan adquirido y la indemnización sea a través de Pago Directo, se procederá de la siguiente manera:

- a) Si la Póliza tiene Deducible mayor igual a 4 UMAM, se elimina 1 UMAM de deducible.

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.

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 salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro.

ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA. En caso de accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general y que, el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite 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:

- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado.
- Comprobante de domicilio actual (Si el domicilio plasmado en el INE coincide con el notificado en el aviso de Accidente o Enfermedad, no es necesario).
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que PLAN SEGURO entregue al Asegurado. Este documento se presentará en forma completa y con letra de molde por el titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante.
- Informe Médico en la papelería que PLAN SEGURO entregue al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado. Cada informe médico debe ir firmado por el médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el 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.
- Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.
- Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Accidente o Enfermedad, deberán solicitarse a nombre del paciente (asegurado afectado si es mayor de 17 años), titular o contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Facturas de honorarios médicos originales (cirujano, ayudante, anestesiólogo, enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., cédula profesional además de los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Cada factura deberá expedirse por un solo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.

- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar un recibo por cada visita realizada y cada factura se acompañará de un informe del médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales del hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A. y deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Desglose de la cuenta o comanda cuando se trate de atención hospitalaria.
- Recetas de medicamentos cuando exista prescripción del Médico Tratante.
- Recetas médicas para aparatos ortopédicos o equipo especial.

En caso de Accidente PLAN SEGURO se reserva el derecho de solicitar el Acta del ministerio público para la valoración de la reclamación.

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE los documentos a presentar en caso de siniestros son:

Si la hospitalización es en Hospital Privado

- Formato Aviso de accidente o enfermedad debidamente requisitado
- Informe Médico debidamente requisitado
- Resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora y fecha de inicio de la hospitalización firmada por médico tratante
- Constancia hospitalaria con fecha, hora y diagnóstico de ingreso y egreso.

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado.

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

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

Si la hospitalización es en Hospital Privado

- Formato Aviso de accidente o enfermedad debidamente requisitado
- Informe Médico debidamente requisitado
- Resumen clínico de la paciente incluyendo: antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio histopatológico, tratamiento quirúrgico si es que se practicó, así como tratamiento de seguimiento (quimioterapia o radioterapia); este documento deberá ser firmado por un médico tratante, el cual debe de cumplir con la definición de Médico en Condiciones Generales.
- Estudio Histopatológico emitido por un médico patólogo con cédula profesional con etapificación de acuerdo a la clasificación TNM séptima edición de la AJCC.

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado.

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

- Resumen clínico de la paciente incluyendo: antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio histopatológico, tratamiento quirúrgico si es que se practicó, así como tratamiento de seguimiento (quimioterapia o radioterapia); este documento deberá ser firmado por el médico tratante, el cual debe de cumplir con la definición de Médico en Condiciones Generales.
- Estudio Histopatológico emitido por un médico patólogo con cédula profesional con etapificación de acuerdo a la clasificación TNM séptima edición de la AJCC.

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

Tratándose de la INDEMNIZACIÓN DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Historia clínica completa y firmada por médico tratante

Estudios de laboratorio y gabinete, si aplica.

Estudios histopatológico, si aplica.

Tratándose de la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CANCER FEMENINO

Historia clínica completa y firmada por médico tratante indicando si el tumor es primario o secundario

Estudios de laboratorio y gabinete que avalen el diagnóstico, si aplica.

Constancia hospitalaria con diagnóstico de ingreso y egreso, firmada por médico tratante

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

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

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

PLAN SEGURO únicamente pagará los honorarios de médicos y enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean parientes directos del Asegurado, y los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

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

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

PAGO DE RECLAMACIONES.

- Las indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán liquidadas en las oficinas de PLAN SEGURO, en el curso de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que

PLAN SEGURO reciba el total de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

- 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 se realizará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la solicitud correspondiente.

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CANCER FEMENINO la indemnización se dará al comprobarse el diagnóstico de acuerdo a las condiciones, definiciones y requisitos de la Póliza. El pago de toda indemnización procedente se realizará a la Asegurada, a menos que haya muerto, en cuyo caso, el pago únicamente de esta cobertura se realizará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la solicitud.

Si el Asegurado 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 hospitalaria contratada, además del coaseguro contratado, pagará veinte por ciento (20%) adicional sobre los gastos cubiertos, por cada nivel de base hospitalaria superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte por ciento (20%) adicional al coaseguro contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso. Lo anterior aplicará tanto por enfermedad como por accidente, independientemente de que el médico y el Hospital estén o no en convenio con Plan Seguro.

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 del Contrato de Seguro)

CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

OBJETO DEL SEGURO:

PLAN SEGURO, S.A. DE C.V. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en lo sucesivo PLAN SEGURO, efectuará el Pago Directo o Reembolso del gasto médico relacionado con los servicios de Salud y padecimientos amparados por las presentes Condiciones Generales dentro de la República Mexicana siempre que:

- a) **Exista el pago de la Prima correspondiente, a cada una de las personas indicadas en la Carátula de la Póliza que se encuentren vigentes y hasta por la Suma Asegurada contratada.**
- b) **La Póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad.**
- c) **Los gastos médicos generados ocurran durante la vigencia de la Póliza y cumplan con las condiciones descritas en las presentes Condiciones Generales.**
- d) **Los servicios cubiertos sean ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, Período de Cobertura y Endosos adicionales.**
- e) **Se entregue toda la documentación e información necesaria para que Plan Seguro pueda dictaminar correctamente el siniestro.**

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

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

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

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

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

(Ley del Contrato de Seguro)

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 el Servicio Seguro, Centro de Atención Telefónica Plan Seguro.
- b) Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus Delegaciones;
- 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: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No.3299, Col. Rincón del Pedregal, Delegación Tlalpan, C.P. 14130, Ciudad de México. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: HYPERLINK "http://www.planseguro.com.mx" 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](http://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 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), PLAN SEGURO reintegrará al contratante el cincuenta y tres por ciento (53%) de la prima neta pagada no devengada, siempre y cuando no haya existido un siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de prima.

Para el caso de devolución de prima neta pagada no devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente el asegurado deberá manifestar, en el formato que para tales efectos le proporcione Plan Seguro, 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.

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.

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. Las Condiciones Generales de la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se hayan anexado sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y PLAN SEGURO. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en Endosos debidamente registrados 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.

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

INTERÉS MORATORIO. Si Plan Seguro no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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 diarias.

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

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 (Diario Oficial de la Federación del 02/01/2002).

COMUNICACIONES. Todas las comunicaciones relacionadas con éste Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de PLAN SEGURO ubicado en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No.3299, Col. Rincón del Pedregal, C.P. 14130, 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.

“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 enero de 2018, con el número CNSF-H0701-0002-2018/CONDUSEF-003106-01”.

PLAN SEGURO



Bld. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Col. Rincón del Pedregal,
Tlalpan, C.P. 14130. Ciudad de México

CG-DT-PR-E-15-01-2018



Servicio Seguro **01 800 277 1234** | planseguro.com.mx