

Condiciones Generales

 **Plan Intermedio**

 **Plan Seguro**
Mi salud es hoy

ÍNDICE

1. DEFINICIONES	7
1.1. ABDOMEN AGUDO.....	7
1.2. ACCIDENTE.....	7
1.3. ACCIDENTE DE RODILLA.....	7
1.4. AGRAVACIÓN ESENCIAL DE RIESGO.....	7
1.5. ANESTESÍOLOGO.....	7
1.6. ANTIGÜEDAD.....	8
1.7. ASEGURADO (A).....	8
1.8. ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO.....	8
1.9. AYUDANTE.....	8
1.10. NIVEL HOSPITALARIO.....	8
1.11. CÁNCER.....	8
1.12. CARÁTULA DE LA PÓLIZA.....	8
1.13. CIRCUNCISIÓN PROFILÁCTICA.....	9
1.14. COASEGURO.....	9
1.15. CONTRATANTE.....	9
1.16. DEDUCIBLE.....	9
1.17. DEPORTISTA PROFESIONAL.....	9
1.18. EMERGENCIA MÉDICA.....	9
1.19. EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.....	9
1.20. ENDOSO.....	9
1.21. ENFERMEDAD.....	9
1.22. ENFERMEDAD CUBIERTA.....	10
1.23. ENFERMERA.....	10
1.24. ESTADO DE EBRIEDAD.....	10
1.25. EVENTO.....	10
1.26. EXTRAPRIMA.....	10
1.27. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO.....	10
1.28. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA.....	11
1.29. HOSPITALIZACIÓN.....	11
1.30. INTERÉS ASEGURABLE.....	11
1.31. INFORME MÉDICO.....	11

1.32.	INICIO DE COBERTURA	11
1.33.	INSTRUMENTISTA.....	11
1.34.	LESIÓN AGUDA	11
1.35.	MÉDICO	11
1.36.	MÉDICO ESPECIALISTA.....	11
1.37.	MÉDICO SUBESPECIALISTA	12
1.38.	MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO	12
1.39.	ORDEN DE ATENCIÓN	12
1.40.	ÓRTESIS.....	12
1.41.	PADECIMIENTO.....	12
1.42.	PADECIMIENTO CONGÉNITO	12
1.43.	PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO	12
1.44.	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.....	13
1.45.	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS	13
1.46.	PAGO DIRECTO.....	14
1.47.	PAGO POR REEMBOLSO	14
1.48.	PARTO	14
1.49.	PARTO PREMATURO.....	14
1.50.	PERIODO DE ESPERA.....	14
1.51.	PROCEDIMIENTO AMBULATORIO	14
1.52.	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	14
1.53.	PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.....	14
1.54.	RECLAMACIÓN.....	14
1.55.	RECIEN NACIDO O NEONATO	14
1.56.	SIGNO	15
1.57.	SINIESTRO.....	15
1.58.	SÍNTOMA	15
1.59.	SOLICITUD DE SEGURO.....	15
1.60.	SUMA ASEGURADA	15
1.61.	TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS	15
1.62.	TOPE MÁXIMO DE COASEGURO	15
1.63.	TRASLADO.....	16
1.64.	UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)	16
1.65.	UNITED STATES DOLLAR (USD)	16

1.66.	VIDA DE LA PÓLIZA.....	16
2.	COBERTURAS BÁSICAS.....	16
2.1.	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS.....	17
2.1.1.	AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA.....	17
2.1.2.	AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL.....	17
2.1.3.	ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE.....	17
2.1.4.	CONSULTAS MÉDICAS.....	18
2.1.5.	CONSUMO DE OXÍGENO.....	19
2.1.6.	DAÑO PSIQUIÁTRICO.....	19
2.1.7.	DEPORTES PELIGROSOS.....	19
2.1.8.	GASTOS HOSPITALARIOS.....	20
2.1.9.	HONORARIOS MÉDICO–QUIRÚRGICOS.....	20
2.1.10.	HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO.....	21
2.1.11.	HONORARIOS DE AYUDANTE.....	21
2.1.12.	HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA.....	21
2.1.13.	HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO.....	21
2.1.14.	LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA.....	21
2.1.15.	MEDICAMENTOS.....	21
2.1.16.	OZONOTERAPIA.....	22
2.1.17.	PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.....	22
2.1.18.	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.....	22
2.1.19.	PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA.....	22
2.1.20.	PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL.....	22
2.1.21.	QUIROPRÁCTICOS.....	23
2.1.22.	REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.....	23
2.1.23.	TRANSFUSIONES Y APLICACIONES.....	23
2.1.24.	TRASPLANTE DE ÓRGANOS.....	24
2.1.25.	TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.....	25
2.1.26.	TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.....	25
2.1.27.	TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.....	25
2.2.	OTROS GASTOS CUBIERTOS.....	25
2.2.1	ALIMENTACIÓN PARENTERAL.....	25

2.2.2	CÁMARA HIPERBÁRICA.....	25
2.2.3	CIRCUNCISIÓN.....	25
2.2.4	EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS	26
2.2.5	EXPANSORES MAMARIOS.....	26
2.2.6	HOMEÓPATAS	26
2.2.7	LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO	26
2.2.8	PTOSIS PALPEBRAL.....	26
2.2.9	TOXINA BOTULÍNICA	26
2.2.10	VACUNAS	26
2.3	GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA.....	27
2.3.1	ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS	27
2.3.2	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO 27	
2.3.3	PARTO O CESÁREA.....	28
2.3.4	PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	28
2.3.5	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.....	28
2.3.6	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.....	29
2.3.7	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA.....	31
3	BENEFICIOS ESPECIALES	31
1.1	CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS.....	31
4	ATENCIONES INCLUIDAS	32
4.1.	ATENCIÓN DENTAL BÁSICA.....	32
4.2.	ATENCIÓN FUNERARIA.....	32
4.3.	ATENCIÓN MÉDICA.....	33
4.4.	ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL.....	36
5.	EXCLUSIONES GENERALES.....	39
6.	COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO.	43
6.1.	EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	43
6.2.	ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO.....	44
6.3.	INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA) 45	
6.4.	INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).....	46

6.5.	ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	48
6.6.	ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE	48
6.7.	INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA.....	49
6.8.	REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.....	49
7.	CLÁUSULAS GENERALES.....	50
7.1.	CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.....	50
7.1.1.	RENOVACION AUTOMÁTICA.....	50
7.1.2.	PRIMAS.....	51
7.1.3.	ALTA DE ASEGURADOS	51
7.1.4.	ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA ...	52
7.1.5.	FORMA DE PAGO	52
7.1.6.	OCUPACIÓN.....	53
7.1.7.	EDAD.....	53
7.1.8.	REHABILITACIÓN.....	53
7.1.9.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	54
7.1.10.	PERIODO DE BENEFICIO.....	54
7.1.11.	PERIODO DE GRACIA.....	54
7.1.12.	PERIODO AL DESCUBIERTO.....	55
7.1.13.	CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO.....	55
7.1.14.	ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA.....	55
7.2.	CLÁUSULAS OPERATIVAS.....	56
7.2.1.	COBERTURA DEL CONTRATO.....	56
7.2.2.	TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE.....	56
7.2.3.	RESIDENCIA.....	57
7.2.4.	VIGENCIA.....	57
7.3.	CLÁUSULAS CONTRACTUALES.....	57
7.3.1.	OBJETO DEL SEGURO.....	57
7.3.2.	CONTRATO.....	58
7.3.3.	COMPETENCIA.....	58
7.3.4.	DATOS DE CONTACTO	58
7.3.5.	PRESCRIPCIÓN.....	59
7.3.6.	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	59
7.3.7.	TERRITORIALIDAD.....	62

7.3.8.	ANEXO DE PRECEPTOS NORMATIVOS.....	62
7.3.9.	MONEDA.....	62
7.3.10.	OTROS SEGUROS.....	62
7.3.11.	MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	62
7.3.12.	RECTIFICACION DE POLIZAS.....	62
7.3.13.	INTERÉS MORATORIO.....	63
7.3.14.	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	65
7.3.15.	SUBROGACIÓN DE DERECHOS.....	65
7.3.16.	COMUNICACIONES.....	65
7.3.17.	REVELACIÓN DE COMISIONES.....	65
7.3.18.	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.....	66
7.4.	PAGO DE SINIESTROS.....	66
7.4.1.	AVISO DE SINIESTRO.....	66
7.4.2.	ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.....	66
7.4.3.	RECLAMACIONES.....	67
7.4.4.	PAGO DE RECLAMACIONES.....	70
7.4.5.	REVELACIÓN DE COMISIONES.....	70
7.4.6.	PAGOS IMPROCEDENTES.....	71

EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA:

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

2.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA

2.3.1 ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS

Se cubren los gastos erogados a consecuencia del aborto y legrados uterinos de la Asegurada, siempre y cuando tenga al menos 10 (diez) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento.

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada, siempre y cuando sea recomendado por el Médico tratante y esté en riesgo la vida o integridad de la Asegurada con un límite de 6 UMAM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

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

2.3.2 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO

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

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

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

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del Hospital, incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 55 UMAM, aplicando el Deducible y el Coaseguro contratados.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

2.3.3 PARTO O CESÁREA

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

Se cubrirán el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del hospital incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 13 UMAM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

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

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

2.3.4 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

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

Quedan cubiertos los menores nacidos durante la vigencia de la póliza siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se hayan dado de Alta los recién nacidos conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales, Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de asegurados que nacieron dentro de la vigencia.

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

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

2.3.5 GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA

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

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Eventraciones, hernias de cualquier tipo (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica), hemorroides, cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis, litiasis en vías biliares, litiasis en vesícula biliar (excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica).
- Insuficiencia venosa periférica, varicocele y várices de miembros inferiores.
- Litiasis Renoureteral.
- Enfermedad ácido péptica (gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico, excepto que se trate de una Emergencia Médica).
- Enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon (excepto cuando se trate de un Accidente, Emergencia Médica o que se hayan complicado con un abdomen agudo).

- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del 50 (cincuenta) puntos porcentuales, para tratamientos médicos y quirúrgicos.
- Lipomas de cualquier región.
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Osteoporosis hasta 17 UMAM por vigencia.
- Cirugía refractiva: Se cubren los gastos médicos erogados por cirugía refractiva hasta 5 UMAM sin Deducible ni Coaseguro, para corregir los problemas de miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía, siempre que el Asegurado tenga una deficiencia visual en cada ojo previa presentación de los estudios avalados por un Médico Oftalmólogo en convenio con Plan Seguro que confirmen dicha deficiencia y que sea mayor o igual a 5 (cinco) dioptrías y sujeto a aprobación de la Dirección Médica quien podrá solicitar una segunda opinión médica con el Médico que Plan Seguro determine. **En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.** Este Beneficio se otorga por única vez durante la vida del Asegurado independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos.

Será cubierta únicamente en territorio nacional.

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

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

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

2.3.6 GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA

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

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

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

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

- En caso de Enfermedad de rodilla, aplicará el Periodo de Espera, el deducible y coaseguro contratados, de acuerdo al apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación.
- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre que no contravenga lo previsto en las exclusiones y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Periodo de Espera estipulado ya que, de presentarse durante el mismo, este padecimiento será considerado como exclusión.

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

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

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

- Hepatitis C, la suma asegurada que aplica para este padecimiento es de \$500,000 pesos o la suma asegurada contratada, la que resulte menor.
- Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, mayores a diez años de edad, siempre y cuando no hayan erogado ningún gasto durante el periodo de espera estipulado o cuando sus signos o síntomas no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de Alta o de reconocimiento de antigüedad del Asegurado en la Póliza, la suma asegurada que aplica es de \$500,000 pesos. **En caso de que el Asegurado no cuente con los antes mencionados, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.**
- Se cubrirán únicamente las cirugías asistidas por robot para los procedimientos de prostatectomía e histerectomía, hasta el límite de 60 UMAM por procedimiento y solamente una vez por vigencia siempre y cuando, se cumpla con los periodos de espera establecidos en este apartado. En todos los casos, aplica Deducible y Coaseguro contratados, este monto aplica para todo el gasto erogado y procedente de este procedimiento.

No quedarán cubiertos los gastos erogados ocurridos, ni aquellos en los que se haya presentado sintomatología por cualquiera de los conceptos anteriores

durante el periodo de espera indicado, ya que de presentarse durante el mismo estos padecimientos serán considerados como exclusión.

2.3.7 GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA

Se cubren la Atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) con Periodo de Espera de 4 (cuatro) años continuos e ininterrumpidos en este producto 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 Periodo de Espera estipulado ya que, de presentarse durante el mismo, este padecimiento será considerado como exclusión.

En caso de que el Asegurado contara con este Beneficio en alguna Compañía anterior, deberá presentar a Plan Seguro la Carátula de Póliza y/o Endoso en donde se esté especificado que dicho Beneficio 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 30 (treinta) días posteriores al inicio de vigencia de la Póliza contratada en este producto de Plan Seguro, para otorgarle el reconocimiento de antigüedad correspondiente.

En este caso el Periodo de Espera de 4 (cuatro) años, se verá disminuido o eliminado de acuerdo al periodo de tiempo continuo e ininterrumpido reconocido por Plan Seguro y el periodo de tiempo no reconocido deberá transcurrirlo en este producto de Plan Seguro, en cuyo caso las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no deberán ocurrir durante el Periodo de Espera por transcurrir, ya que, de presentarse durante el mismo, este padecimiento será considerado como exclusión.

En caso de otorgar el Reconocimiento de Antigüedad para esta Cobertura, Plan Seguro expedirá el Endoso correspondiente.

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

3 BENEFICIOS ESPECIALES

3.1 CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

El Asegurado deberá solicitar mediante ordenes de atención consultas médicas ambulatorias con Médicos Generales y Especialistas en convenio con Plan Seguro de acuerdo con el Tabulador de Consultas Médicas Ambulatorias y el Nivel Hospitalario del Médico elegido.

El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General o a un Especialista, sin que exista alguna restricción en ese sentido.

3 ATENCIONES INCLUIDAS

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado requiere el servicio de cualquier de las siguientes atenciones, deberá llamar al teléfono de Plan Seguro para tal servicio, el cual se encuentra disponible en la página web www.planseguro.com.mx.

4.1. ATENCIÓN DENTAL BÁSICA

Este plan ofrece acceso a servicios en el territorio nacional.

Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico Sin Costo
2 Limpiezas (opc Flúor) Sin Costo
1 Serie Radiográfica De 18 (Rx) Sin Costo

4.2. ATENCIÓN FUNERARIA.

El servicio de Atención funeraria brinda la asesoría, gestión y coordinación en el momento de un deceso a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente e incluye lo siguiente:

1. Información y orientación sobre el proceso del servicio funerario las 24 (veinticuatro) horas del día, 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.
2. Rescate del cuerpo en el lugar del deceso (Hospital, domicilio) o en el SEMEFO del Ministerio Público (cuando sea entregado a los familiares).
3. Traslado del cuerpo desde el lugar donde ocurrió el deceso hasta el lugar donde se efectuará el embalsamado y/o la velación, con una distancia máxima de 50 (cincuenta) kilómetros a la redonda. En la Ciudad de México y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey y áreas conurbadas el traslado se efectuará omitiendo la restricción de 50 (cincuenta) kilómetros.
4. Sala de velación en funeraria, dentro de la Red del prestador, con una capacidad de 30 (treinta) ó 40 (cuarenta) personas en circulación.
5. Equipo de velación cuando ésta se haga en domicilio sin costo adicional (crucifijo, candelabros, banco pedestal para ataúd).
6. Ataúd metálico calibre 22 (veintidós) y en caso de cremación ataúd de cartuchos para velación.
7. Arreglo estético.
8. En caso de inhumación se cubre el servicio de embalsamado.
9. Servicio de cremación o inhumación.
10. Urna estándar en caso de cremación.
11. Traslado en carroza desde el lugar de velación hasta el lugar de inhumación cremación, dentro de los límites señalados en el punto 3 (tres).
12. Trámites de Gestoría tales como gestión ante las autoridades del Registro Civil para la obtención del Acta de defunción, trámite y permiso de inhumación o cremación, trámite para obtener el permiso de cremación de parte del juzgado y pago de derechos de

cremación. En caso de ser necesario se incluye la gestión y trámites para obtener los permisos de la Secretaría de Salud.

13. Asesoría telefónica en materia testamentaria.
14. La primera consulta de apoyo de un Psicólogo especialista en Tanatología a familiares - en el Interior de la República la consulta es vía telefónica-. Si se requieren más consultas, correrán por cuenta de la familia.
15. Pago de derechos en Panteones Civiles y Municipales. Incluye el uso del terreno en la modalidad de temporalidad y la apertura y cierre de fosas. No incluye nichos, exhumaciones, ni trabajos de albañilería.
16. Asesoría en la gestión de reclamos de Seguros de tarjetas de crédito y créditos en general.
17. Asesoría en trámites post mortem, como son trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social y/o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Administradora de Fondos para el Retiro, Servicio de Administración Tributaria, y en general los que correspondan con Entidades Financieras.

Para este servicio no aplica reembolso.

4.3. ATENCIÓN MÉDICA

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

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

4. REFERENCIA MÉDICA. Se incluye concertación de cita con Médicos Generales o Especialistas (de todas las especialidades con Médicos en convenio con el prestador) o en un centro hospitalario, en caso de accidente y/o enfermedad, todas las consultas del primer nivel de atención o del segundo nivel de Especialidad con un costo de 300 pesos, sin límite en el número de concertación de citas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO:

1. **Las Situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Asegurados en contra de la prescripción de algún médico o durante viajes de duración superior a 60 (sesenta) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
2. **Las Situaciones de asistencia ocurridas fuera de la vigencia de la póliza.**
3. **Los Asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el prestador.**
4. **Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
5. **Los Servicios de asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
6. **También quedan excluidas las Situaciones de asistencia que sean consecuencia de:**
 - a) **Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) **Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.**
 - c) **La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d) **La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - e) **La participación del Asegurado en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
 - f) **Los causados de forma intencional.**
 - 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.**

- i) Cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Asegurado y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida durante la vigencia de éste contrato.
- j) Embarazos en los últimos tres meses antes de la "Fecha probable de parto", así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
- k) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
- l) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- m) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- n) Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
- o) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- p) La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Asegurado intencionalmente.
- q) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia.
- r) Rescate o aquellas situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.

4.4. ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

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

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

2. GASTOS DENTALES. - En el caso de que un Asegurado sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, el prestador del servicio gestionará los procedimientos odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$250.00 U.S.D. por año.
3. TRASLADO MÉDICO. - (Incluye ambulancia aérea en caso de ser autorizado por el equipo médico del prestador del servicio). En caso de que un Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente tales que el Equipo Médico del prestador del servicio, en contacto con el médico que atiende al Asegurado, recomiende su hospitalización, el prestador del servicio gestionará:

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

El traslado del Asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Asegurado. También se incluyen los traslados de un hospital a otro cuando el Asegurado aún no ha sido dado de alta y el hospital de destino haya dado su aprobación para que el Asegurado sea atendido en sus instalaciones.

Si las condiciones médicas permiten el traslado del Asegurado, el Equipo Médico del prestador del servicio organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al hospital o a su Residencia Permanente.

En caso de que el Asegurado necesitará el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al hospital en que se realizará este trasplante.

Este beneficio incluye la transportación de un acompañante, si las condiciones del vuelo lo permiten.

El Equipo Médico del prestador del servicio y el médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para estos traslados.

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

4. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA. – El prestador del servicio gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el Equipo Médico del prestador del servicio. Este Beneficio está limitado a \$100.00 U.S.D., por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.
5. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. – El prestador del servicio llevará a cabo la obtención de una Segunda Opinión Médica en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad que aporte mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología, facilitando consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con Centros Médicos de primer nivel internacional.

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

Los Servicios de Asistencia no contemplan la toma a cargo de citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

Cuando a criterio del Equipo Médico del prestador del servicio, el diagnóstico inicial informado no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica, el prestador del servicio informará por escrito a PLAN SEGURO el motivo del rechazo.

5.1 CONFIRMACIÓN, CORRECCIÓN Y/O RECONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

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

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

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

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

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

6. **BOLETO REDONDO PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOSPEDAJE.** – En caso de hospitalización del Asegurado por causa de Accidente o Enfermedad y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, el prestador del servicio gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado) a fin de acudir a su lado, además el prestador del servicio gestionará el hospedaje de la persona designada, hasta un máximo de \$100.00 U.S.D., por día, durante 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.
7. **REPATRIACIÓN A DOMICILIO EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE.** - Si el Asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del Equipo Médico del prestador del servicio, no puede regresar a su Residencia Permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el prestador del servicio gestionará su repatriación por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

5. EXCLUSIONES GENERALES

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

- 5.1. **Padecimientos preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro, así como los mencionados como excluidos en el punto de “Padecimientos Preexistentes Declarados” del apartado Coberturas Básicas.**
- 5.2. **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.**
- 5.3. **La hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, aun cuando exista indicación médica expresa.**
- 5.4. **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.**
- 5.5. **Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.**

5.6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.

5.7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.

5.8. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir problemas de enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

5.9. Cualquier padecimiento que resulte a consecuencia del estado de ebriedad por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, 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.

5.10. Gastos ocasionados por diagnósticos, estudios de diagnóstico, control de laboratorio y gabinete, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de: infertilidad, esterilidad, disfunción sexual, control de la natalidad (vasectomía, procedimientos quirúrgicos con fines de recanalización tubárica bilateral o de conductos deferentes) secuelas derivadas de procedimientos de carácter estético o plástico también los relacionados con calvicie, implantes de cualquier tipo, gorro DigniCap, bombas para disfunción eréctil, menopausia, climaterio independientemente de que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.

5.11. 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 en el mismo cuarto del paciente asegurado.

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

5.13. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza así como las complicaciones de éstas, salvo las reconstructivas necesarias por Accidente siempre que se compruebe con estudios de imagenología que apoyen el diagnóstico.

5.14. 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 ocurridos durante la vigencia de la Póliza.

5.15. Gastos ocasionados para el diagnóstico, tratamientos médico quirúrgicos, complicaciones o secuelas derivadas de procedimientos para el manejo de la obesidad, reducción de peso, cirugía bariátrica, bypass gástrico, banda gástrica, anorexia, bulimia, tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.

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

5.17. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.

5.18. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.

5.19. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza, así como la compra o renta de zapatos y plantillas ortopédicas, cama tipo hospital o aparatos similares.

5.20. Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales.

5.21. 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.

5.22. Cualquier cirugía asistida por robot o cirugía robótica excepto las consideradas en el apartado GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.

5.23. 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.

5.24. Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar directo del Asegurado o el mismo Asegurado.

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

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

5.27. No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Enfermedades o Accidentes cubiertos cualquiera que sea su causa.

5.28. No estarán cubiertos los tratamientos de Acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina alternativa.

5.29. 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.

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

5.31. No están cubiertas:

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

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

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

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

5.35. No se cubrirán gastos personales tales como: paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones y gasas; sábana térmica, medias TED, alimentos extras, servicio de estacionamiento, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, agua embotellada, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/ hora, servicio de calidad, termómetro,

almohada y sábana desechable, esponjas para baño; así como cualquier gasto erogado por el acompañante.

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

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

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

5.39. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo de espera.

5.40. Queda excluido el cáncer de cualquier tipo cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto ocurran durante el Periodo de Espera estipulado.

5.41. Cualquier tratamiento y/o procedimiento relacionado con el cambio o modificación de sexo, así como todos los padecimientos, las secuelas o complicaciones que pudieran derivar del mismo.

6. 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.

6.1. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico- Quirúrgicos contratada y de acuerdo a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza.

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

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

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

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

Los Beneficios de esta Cobertura cesarán cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero.

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

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA:

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

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

6.2. ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura, en la carátula de la póliza vendrá indicada la contratación de la misma. Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero, Plan Seguro cubrirá el costo de los Gastos Médicos cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos, Suma Asegurada y Deducible contratados para la Póliza y adicionando 20% (veinte por ciento) al Coaseguro contratado. El parto y la cesárea quedan cubiertos en el

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

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

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

6.3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)

Siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura, en la Carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de misma.

Se otorgará una indemnización por día de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado haya permanecido hospitalizado por lo menos 48 (cuarenta y ocho) horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún Accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, hasta por la Suma Asegurada por día contratada e indicada en la Carátula de la Póliza

y/o Endoso. Se puede contratar a partir de los 20 (veinte) años y hasta los 65 (sesenta y cinco) años.

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

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

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

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

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

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

- a) Hospitalización por enfermedades.
- b) Hospitalización por enfermedades preexistentes.
- c) Hospitalización por padecimientos o procedimientos secundarios a intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- d) Hospitalización por accidentes a consecuencia del estado de ebriedad, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga siempre y cuando el afectado sea responsable directo.
- e) Hospitalización por Accidentes para tratamientos o procedimientos experimentales.
- f) Hospitalización por Accidente a consecuencia de padecimientos psiquiátricos, demencia senil o abandono familiar.
- g) Hospitalizaciones por Accidente que no sean médicamente necesarias o que no sean prescritas por el Médico tratante.

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

6.4. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).

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

Tipos de Cáncer cubiertos

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

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

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la 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.

Los siguientes cánceres están excluidos:

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

Notas

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

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

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

- 1. Padecimientos preexistentes.**
- 2. Cualquier otro tipo de cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los Beneficios de esta Póliza como cubiertos.**
- 3. Diagnósticos realizados dentro del Periodo de Espera.**
- 4. Diagnósticos realizados después del fallecimiento de la Asegurada.**

5. Diagnósticos realizados por Médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge y hermanos.

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

6.5. ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

De haberse contratado la cobertura, Plan Seguro exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realice durante los siguientes diez días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos erogados y procedentes por el Siniestro, sea superior a 1 UMAM.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

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

6.6. ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE

De haberse contratado la cobertura, Plan Seguro exentará al Asegurado del pago del coaseguro contratado en caso de presentar una reclamación a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realice durante los siguientes diez días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos erogados y procedentes por el Siniestro, sea superior al deducible contratado.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

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

6.7. INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA

Siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura, en la Carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de misma. La presente Cobertura incrementa la Suma Asegurada establecida en la Cobertura Básica para Parto y Cesárea indicada en el apartado Gastos Cubiertos con Periodo de Espera, sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios. La nueva Suma Asegurada se indicará en la Carátula de Póliza y aplicará para embarazos que inicien después de la fecha de contratación de esta Cobertura.

Podrá ser contratada por aquellas Aseguradas que cuenten con al menos un año de cobertura continua en el presente Producto y la edad de aceptación es de los veinte (20) años cumplidos a los treinta y siete (37) años, y únicamente se podrá renovar hasta los treinta y ocho (38) años cumplidos si la Asegurada estuviera embarazada para la renovación, en ningún otro caso se podrá renovar después de los treinta y siete (37) años.

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

6.8. REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE

Siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura, en la Carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de la misma. La presente Cobertura reduce el Coaseguro establecido en la Cobertura Básica para Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un accidente, indicada en el apartado Coberturas Básicas, a quedar en 30 (treinta) puntos porcentuales, sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios.

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

PREVALENCIA. La presente cobertura de Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales Derivados de un Accidente es opcional con costo a cargo del asegurado, es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en éstas Condiciones Generales.

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.

7.1.1. RENOVACION AUTOMÁTICA

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1.2.PRIMAS

La Prima total de esta Póliza es la Suma de las Primas de cada uno de los Asegurados a quienes se les reconoce el derecho de recibir los beneficios inherentes correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo al sexo, edad alcanzada y riesgo a la fecha de la emisión.

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

En cada renovación la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando el plan en vigor a esa fecha, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de Alta de un Asegurado, Plan Seguro cobrará al Contratante la Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del alta hasta el vencimiento del periodo en curso, por lo que la obligación de pago de dicha prima deberá ser cubierta dentro de los 30 (treinta) días contados a partir de la fecha de alta correspondiente.

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

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

7.1.3.ALTA DE ASEGURADOS

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

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades o padecimientos, Plan Seguro, como parte del procedimiento de suscripción, podrán requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

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

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

7.1.4.ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA

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

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

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

7.1.5.FORMA DE PAGO

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

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

Las Primas convenidas deberán pagarse en el domicilio de las oficinas de Plan Seguro indicado en la Carátula de la Póliza, a cambio de un recibo expedido por la misma, o bien a través de los medios alternativos de pago que Plan Seguro ofrezca al asegurado en la carátula de la póliza.

Para la opción de pago mediante autorización de cargo automático a tarjeta de crédito, será responsabilidad del asegurado mantener vigente su plástico y los fondos suficientes para el pago, así como notificar oportunamente a Plan Seguro sobre los nuevos datos de la tarjeta de crédito cuando haya sido renovada o sustituida por cualquier motivo.

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

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

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

7.1.6. OCUPACIÓN

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

7.1.7. EDAD

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

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

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

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

7.1.8. REHABILITACIÓN

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

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

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

En ningún caso Plan Seguro responderá por enfermedades o accidentes, ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la Póliza y la fecha en que Plan Seguro emitió la respectiva autorización, así como sus complicaciones o secuelas no obstante que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza una vez rehabilitada.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

7.1.9. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura de cada uno de los padecimientos cubiertos tendrá como límite, lo que ocurra primero:

- Cuando el padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el padecimiento.
- La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.
- Terminación de la vigencia de la Póliza, salvo lo indicado en la cláusula de Periodo de Beneficio.
- Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.

7.1.10. PERIODO DE BENEFICIO

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

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

7.1.11. PERIODO DE GRACIA.

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

7.1.12. PERIODO 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.

7.1.13. CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO.

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

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

Los padecimientos y/o diagnósticos que se originen a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza adquirida con motivo del cambio de plan o producto, quedarán amparados bajos los límites, Condiciones Generales y Endosos establecidos en dicha Póliza.

Los padecimientos y/o diagnósticos originados durante la vigencia o vigencias anteriores quedarán amparados bajo los límites, Condiciones Generales y Endosos de la (s) Póliza (s) anterior (s) según corresponda.

7.1.14. ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA.

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

7.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS.

7.2.1. COBERTURA DEL CONTRATO.

- a) **Accidente.** En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza, es decir no hay Periodo de Espera.

No se considera Accidente:

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

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

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

- b) **Enfermedad.** En caso de contratación de una Póliza nueva y de tratarse de una enfermedad cubierta, ésta quedará amparada desde el primer día de vigencia siempre que los primeros síntomas se hayan presentado una vez iniciado el periodo de cobertura y además el asegurado cuente con lo siguiente:

- El reconocimiento de Antigüedad generada para aquellos padecimientos con periodo de espera.
- Se encuentren datos de alta los recién nacidos conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de Asegurados que nacieron dentro de la vigencia.

En caso de una Póliza renovada la enfermedad quedará cubierta desde el primer día.

7.2.2. TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE.

Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza con anterioridad a su vencimiento, lo anterior mediante la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas la aseguradora. Plan Seguro se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Usuario que formule la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, proporcionarán un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

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

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

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

7.2.3.RESIDENCIA.

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

7.2.4.VIGENCIA.

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

7.3.CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

7.3.1.OBJETO DEL SEGURO

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

- a) Que la póliza se encuentre vigente en términos de lo establecido en la Cláusula Forma de Pago, de estas Condiciones Generales.
- a) La Póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad.
- b) Los gastos médicos generados ocurran durante la vigencia de la Póliza y cumplan con las condiciones descritas en las presentes Condiciones Generales.
- c) Los servicios cubiertos sean ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, Periodo de Cobertura y Endosos adicionales.
- d) 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)

7.3.2.CONTRATO

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

Plan Seguro se reserva el derecho de expedir Endosos, extraprimando o excluyendo determinados padecimientos, 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.

7.3.3.COMPETENCIA.

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

- a) Ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de 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.

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.

7.3.4.DATOS DE CONTACTO

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

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

Dirección: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.planseguro.com.mx

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

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

CONDUSEF

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

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

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

Página web: www.condusef.gob.mx

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

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

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

7.3.5.PRESCRIPCIÓN.

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

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

7.3.6.OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

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

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

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

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

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

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

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

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

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO

Las obligaciones de Plan Seguro cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 (cincuenta y dos) y 53 (cincuenta y tres) fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que, por su naturaleza, debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo y en este caso la Compañía deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias. (Artículo 63 y 64 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de Plan Seguro quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Plan seguro, si el(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 (ciento treinta y nueve) a 139 (ciento treinta y nueve) Quinquies, 193 (ciento noventa y tres) a 199 (ciento noventa y nueve), 400 (cuatrocientos) y 400 (cuatrocientos) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 (ciento cuarenta) de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Plan Seguro tenga conocimiento de que el nombre del (de los) contratante(s),

asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Plan Seguro consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

7.3.7. TERRITORIALIDAD.

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

7.3.8. ANEXO DE PRECEPTOS NORMATIVOS

Los artículos citados en las presentes condiciones generales podrán ser consultados por los asegurados o contratante en el ANEXO DE PRECEPTOS NORMATIVOS, el cual se encuentra en la siguiente página web: www.planseguro.com.mx

7.3.9. 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.

7.3.10. 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.

7.3.11. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

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

7.3.12. RECTIFICACION DE POLIZAS

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordare con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes

al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

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

7.3.13. INTERÉS MORATORIO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3.14. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

Plan Seguro está obligado a entregar al Contratante de la Póliza, de acuerdo con los medios de entrega acordados en la Solicitud de Seguro, o a través de su Agente de Seguros, un ejemplar del Contrato de Seguro.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 01-800- 277-1234, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

Previo consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, contratante o asegurado, Plan Seguro, podrá entregar dicha documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado.

7.3.15. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

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

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

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

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

7.3.16. COMUNICACIONES.

Todas las comunicaciones relacionadas con este Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de Plan Seguro ubicado en: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, 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.

7.3.17. REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este

contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

7.3.18. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

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

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

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

- Pagos por Reembolso.
- Cuando la atención sea en un Nivel Hospitalario mayor a la contratada.

El deducible contratado aplica de acuerdo a las Condiciones Generales.

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

No aplica Tope Máximo de Coaseguro si el asegurado se atiende en una Nivel Hospitalario mayor al contratado.

7.4. PAGO DE SINIESTROS

7.4.1. AVISO DE SINIESTRO.

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberá dar aviso por escrito a Plan Seguro en un plazo máximo de 5 (cinco) días a partir de la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente y/o Enfermedad, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro.

7.4.2. ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.

En caso de Accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general y que, el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite iniciar una denuncia ante el Ministerio Público, éste deberá en forma inmediata presentar la

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

7.4.3. RECLAMACIONES.

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

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

De acuerdo a lo establecido y declarado por el asegurado en la solicitud de la póliza, Plan Seguro tendrá derecho a verificar la realización del siniestro, así como los antecedentes relacionados con su origen y la procedencia de los gastos realizados y de los honorarios cobrados.

Asimismo, Plan Seguro de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el contrato de seguro, tendrá derecho de solicitar cualquier información que considere necesaria para valora el siniestro.

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

- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado.
- Comprobante de domicilio actual (Si el domicilio plasmado en el INE coincide con el notificado en el aviso de Accidente o Enfermedad, no es necesario).
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Este documento se presentará en forma completa y con letra de molde por el Titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Contratante y/o su Representante Legal.
- Informe Médico en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Contratante y/o su Representante Legal. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe Médico que exhiba el Asegurado.
- Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.

- Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Accidente o Enfermedad, deberán solicitarse a nombre del paciente (asegurado afectado si es mayor de 17 (diecisiete) años), titular o contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Facturas de honorarios médicos originales (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., cédula profesional además de los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Cada factura deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.
- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar una factura por cada visita realizada y cada factura se acompañará de un informe del Médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A, y deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- Desglose de la cuenta o comanda cuando se trate de atención hospitalaria.
- Recetas de medicamentos cuando exista prescripción del Médico Tratante.
- Recetas médicas para aparatos ortopédicos o equipo especial.

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

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

Si la hospitalización es en Hospital Privado:

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

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Nota de Alta especificando Fecha de ingreso y egreso así como Diagnostico de ingreso y egreso.

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CANCER FEMENINO, los documentos a presentar en caso de 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 realizado el pago correspondiente.

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

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

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

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

7.4.4. PAGO DE RECLAMACIONES

- Los pagos que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán liquidados en las oficinas de Plan Seguro, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que Plan Seguro reciba el total de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- Todos los pagos realizados por Plan Seguro serán liquidados en las oficinas de la misma a cada Asegurado o a quien éste haya designado.

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

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE la Indemnización se dará al comprobarse la hospitalización de acuerdo a las condiciones, definiciones y requisitos de la Póliza. El pago de toda Indemnización procedente se realizará al Asegurado(a), a menos que haya muerto, en cuyo caso, el pago únicamente de esta cobertura se realizará al (los) Beneficiario (s) designado(s) en la Solicitud.

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

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

7.4.5. REVELACIÓN DE COMISIONES

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

7.4.6. PAGOS IMPROCEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de marzo de 2021, con el número CNSF-H0701-0018-2021/CONDUSEF-003672-06.



Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx

Plan Seguro S.A de C.V., Compañía de Seguros.
Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso
4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900,
Ciudad de México.