

**CONDICIONES
GENERALES**

Salud **O***ptima*

**Seguro de Salud Óptima
Individual**

PLAN
SEGURO



LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-H0701-0058-2013 de fecha 01 de Septiembre de 2013, por lo que sustituye a cualquier versión que se haya usado en vigencias anteriores.

ÍNDICE

I. DEFINICIONES.....	5
2. OBJETO DEL SEGURO.....	9
3. CONTRATO.....	9
4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.....	10
OTROS GASTOS CUBIERTOS.....	16
5. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA.....	17
6. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.....	19
7. EXCLUSIONES GENERALES.....	21
8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.....	26
9. COBERTURAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO.....	29
COBERTURAS BÁSICAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO.....	29
I. COBERTURAS AMBULATORIAS.....	29
COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO.....	32
I. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.....	32
II. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO.....	33
III. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA).....	34
IV. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).....	35
V. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE.....	36
10. CLÁUSULAS GENERALES.....	36
CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.....	36
CLÁUSULAS OPERATIVAS.....	39
CLÁUSULAS CONTRACTUALES.....	39

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

PLAN
SEGURO



LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD

I. DEFINICIONES

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

No se considera Accidente:

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

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

El gasto erogado a consecuencia de un Accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza, deberá rebasar el deducible contratado estipulado en la carátula de la póliza para que éste sea considerado como un Gasto Médico Mayor, debiendo ser reportado a PLAN SEGURO en los términos que se indica en el apartado 8. Pago de Siniestros e Indemnizaciones para Aviso de Siniestro.

ACCIONES DE SALUD. Es el conjunto de prescripciones e intervenciones destinadas a prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar una enfermedad, accidente, trauma o cualquier proceso patológico.

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

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

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual ha estado la persona asegurada en una póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud. La Antigüedad puede ser de póliza(s) de PLAN SEGURO o ser reconocida de pólizas de otras Compañías; para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos solicite PLAN SEGURO al momento de solicitar la póliza o bien durante los siguientes 30 días posteriores al inicio de vigencia de la póliza contratada con PLAN SEGURO, debiendo presentar la

documentación que lo acreditó como Asegurado de manera continua e ininterrumpida en otra(s) Compañía(s) de Seguros. El Reconocimiento de Antigüedad sólo aplica para eliminar o reducir los periodos de espera, siempre y cuando se hayan hecho presentes los padecimientos, síntomas o signos en las personas aseguradas con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza con PLAN SEGURO, por lo que no se cubrirán padecimientos preexistentes ni congénitos. En caso de otorgar el Reconocimiento de Antigüedad PLAN SEGURO expedirá el Endoso correspondiente.

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

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

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

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

CAMBIOS EN LA RED DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA. PLAN SEGURO informará a los Asegurados por escrito los cambios que ocurran en la Red de Hospitales, dentro de los 15 días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

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

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



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

Para efectos de este beneficio no se consideran las participaciones del asegurado por coaseguros de las coberturas indicadas en el apartado 9. COBERTURAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO (Coberturas Básicas incisos a, b y c.)

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

DEDUCIBLE. Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la carátula de la póliza y se aplica una vez por padecimiento. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado esta cantidad comienza la obligación de PLAN SEGURO.

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

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

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

En caso de emergencia médica, esta será cubierta de conformidad con lo señalado en el apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos, 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera, 7. Exclusiones Generales y Endosos de la Póliza y/o Asegurado.

ENDOSO. Documento que forma parte del Contrato de seguro y que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del mismo. Lo estipulado en un Endoso prevalecerá

sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

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

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

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

ENFERMEDAD CUBIERTA. Se cubrirá cualquier Enfermedad siempre que tanto sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la póliza y cuando no se encuentren dentro de las mencionadas en el apartado 7. Exclusiones Generales de estas condiciones o excluidas mediante Endosos y siempre que cumpla con el periodo de espera establecido en el apartado 5. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA.

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

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

EXTRAPRIMA. Es la cantidad adicional a la prima neta que el Contratante y/o Asegurado se obliga a pagar a PLAN SEGURO, por cubrir una agravación del riesgo.

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO. Se entenderá como tal, aquellos gastos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y PLAN SEGURO, en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones

y equipos hospitalarios respectivos y a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA. Institución legalmente autorizada para la atención médico-quirúrgica que cuente con médicos y enfermeras legalmente autorizados para la práctica de su profesión. Para fines de este Contrato los Hospitales, Sanatorios o Clínicas se clasificarán de acuerdo a una Base Hospitalaria.

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

Dicho periodo comenzará a correr a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno a la Institución y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

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

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

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

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

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

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

INSTRUMENTISTA. Enfermera o Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al médico tratante en la instrumentación quirúrgica de la cirugía para la atención del Asegurado. El instrumentista no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)).

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

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

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

ORDEN DE ATENCIÓN. Documento expedido por PLAN SEGURO a favor del Asegurado para acceder a consultas médicas, exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología y estudios especiales. Las órdenes de atención tendrán una vigencia de 15 días a partir de la fecha de emisión de dicha orden.

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

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

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura en PLAN SEGURO y que por sus características no pueden pasar desapercibidos, encontrándose o no declarados en el cuestionario médico, de conformidad con lo siguiente:



1. Aquellos que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, ó; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

Antes del inicio de la primera vigencia contratada con PLAN SEGURO por cada Asegurado, el prospecto estará obligado a declarar por escrito, de acuerdo con la solicitud, cuestionario relativo y/o examen de selección, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir para las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

Ante controversias que se susciten por preexistencia, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral independiente, como lo es ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el entendido de que el Laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. En caso de existir costo alguno de este procedimiento, será absorbido por la Institución.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.

Los que son dados a conocer por el Asegurado en la solicitud y/o cuestionario de contratación de la póliza.

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

El procedimiento de Pago Directo es una forma de indemnización adicional que ofrece PLAN SEGURO al Asegurado, sin que por ello quede obligado a realizarlo cuando la póliza se encuentra en periodo de gracia.

PAGO POR REEMBOLSO. Es el pago que realiza PLAN SEGURO de los gastos erogados procedentes, relacionados directamente con el padecimiento cubierto de acuerdo a la Tabla de honorarios médico-quirúrgicos contratada, condiciones generales y/o endosos generales o específicos.

PERIODO DE ESPERA. Es el tiempo ininterrumpido necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada Asegurado, a fin de que los padecimientos indicados expresamente en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera de estas Condiciones Generales puedan ser cubiertos por el seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

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

PREMATUREZ. Todo recién nacido obtenido por parto o cesárea siendo antes de la semana 37 de la gestación.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS. Es el trámite que deberá realizar anticipadamente el Asegurado para solicitar el pago directo de un tratamiento médico o de una intervención quirúrgica que amerite hospitalización, una vez que PLAN SEGURO cuente con la información necesaria podrá dar el dictamen correspondiente.

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

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

RED MÉDICA. Es aquella que se integra por los prestadores de servicios médicos y hospitalarios con quienes tiene convenio PLAN SEGURO para proporcionar a sus Asegurados los servicios relacionados con la cobertura de su póliza, así como servicios de información, apoyo y enlace dentro de la República Mexicana.

SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL (SMGM). Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, el cual será fijado al inicio de la reclamación manteniéndose durante el periodo de beneficio.

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

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

Cada acción de salud será considerada como un siniestro.

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

SUMA ASEGURADA. Es la cantidad máxima que PLAN SEGURO pagará por padecimiento a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, iniciada durante la vigencia de la póliza y de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia.

En caso de Padecimientos Preexistentes cubiertos, la Suma Asegurada será la que se encuentre estipulada en la carátula de la póliza para cada Asegurado por padecimiento.

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

TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es la relación del monto o porcentaje máximo que PLAN

SEGURO pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierta y de acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

TRASLADO. Es el desplazamiento del Asegurado a un hospital, sanatorio o clínica proporcionado por servicios profesionales de ambulancia.

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

2. OBJETO DEL SEGURO

PLAN SEGURO, S.A. DE C.V., COMPAÑÍA DE SEGUROS en lo sucesivo **PLAN SEGURO**, efectuará el pago directo ó reembolso del gasto relacionado con los servicios de Salud amparados por la póliza, mediante la obligación del pago de la misma que en cada caso corresponda, a las personas indicadas en la carátula que se encuentren vigentes y hasta por la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad, dichos padecimientos ocurran durante la vigencia, así como cumplan con las condiciones descritas en estas Condiciones Generales. Los servicios cubiertos deberán ser 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.

3. 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 llevan anexos y éstas condiciones generales, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.

PLAN SEGURO se reserva el derecho de expedir Endosos, extraprimando o excluyendo determinados padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo, de acuerdo al proceso de selección que se lleva a cabo



con motivo de la Solicitud del Seguro. Aplica el mismo derecho de expedir endosos al momento de rehabilitar una póliza o en caso de cambio de producto.

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

Si el Asegurado omite avisar por escrito a PLAN SEGURO, y dicha agravación influye en el siniestro, PLAN SEGURO queda liberado de la obligación de cubrir cualquier gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo, procediendo en ese caso a lo estipulado en el apartado 10. Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Omisión o Inexactas Declaraciones.

4. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

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

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

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

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

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS:

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA. Siempre que en la carátula de la póliza se especifique la cobertura de

Ambulancia Aérea, se cubrirán los gastos que resulten por este concepto vía reembolso, si a consecuencia de una Emergencia Médica, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención y el médico tratante recomiende el traslado del Asegurado. Para que esta cobertura proceda deberá ser autorizada previamente por PLAN SEGURO. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada para la póliza, aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del 20% adicional al coaseguro contratado, no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

No se cubrirá este concepto en los siguientes casos:

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

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

ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE.

Se cubren los gastos erogados dentro del territorio nacional derivados de un accidente por el uso de motocicleta como medio de transporte, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- 1) Se haya declarado en la solicitud el uso de motocicleta como medio de transporte.
- 2) El asegurado utilice casco de protección y cuente con la licencia correspondiente.
- 3) El accidente ocurra dentro del mismo estado de residencia del asegurado, el cual será tomado del domicilio indicado en la carátula de la póliza.

La Suma Asegurada máxima para este beneficio será de \$200,000.00 durante la vida de la póliza y operará para uno o varios eventos, dicha Suma Asegurada no será reinstalable, aplica deducible y coaseguro contratado en la póliza independientemente que se trate de un accidente.

El beneficio que otorga la contratación de la cobertura: **ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE** no aplica para este beneficio.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Se excluyen todos los gastos erogados a consecuencia de:

- 1. Lesiones por motociclismo que sufra el asegurado cuando participe en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, independientemente que su uso o práctica sea ocasional u vacacional.**
- 2. Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de motociclismo cuando se practique de manera amateur o profesional.**
- 3. Lesiones que el Asegurado sufra por el uso de motocicleta estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares.**
- 4. Accidentes causados por conducir a exceso de velocidad.**
- 5. Accidentes por el uso de motocicleta como herramienta de trabajo o para el desarrollo de su trabajo.**
- 6. Cualquier siniestro relacionado directa o indirectamente con el motociclismo, incluyendo carreras, actividades off-road, competición y práctica.**
- 7. Lesiones por uso de motocicleta a consecuencia directa o indirecta por problemas de apnea obstructiva del sueño o trastornos de la espalda.**

Las siguientes personas no son asegurables:

- 1. Personas con problemas de apnea obstructiva del sueño o trastornos de la espalda.**
- 2. Personas que se sirven de motocicletas para el desarrollo de su trabajo.**

CONSULTAS MÉDICAS. Si el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico de un padecimiento cubierto, los honorarios por consultas médicas en consultorio o domicilio quedarán cubiertos con un máximo de una consulta por día y hasta el límite indicado en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratado.

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

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

CAMPAÑAS PREVENTIVAS. Tienen por objetivo la detección oportuna de enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz, previene una evolución indeseable y evita que conduzca a un padecimiento catastrófico:

- Cáncer Cervicouterino.
- Cáncer de mama.
- Dislipidemias.
- Cáncer de próstata.
- Diabetes.
- Osteoporosis.

Se realizan anualmente en colaboración con la Red de prestadores por PLAN SEGURO, es importante mencionar que los cupones para realizarse los estudios se obtendrán al contratar la póliza con PLAN SEGURO.

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

GASTOS HOSPITALARIOS. Siempre que sean necesarios para la atención del Asegurado, se cubrirán los gastos dentro del



hospital por concepto de:

- Habitación privada estándar y alimentos hasta la Suma Asegurada contratada por padecimiento.
- Atención general de enfermeras.
- Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones con sus correspondientes equipos.
- Se cubren los gastos generados por el uso de aparatos de endoscopia, colonoscopia, laparoscopia y electrofisiología siempre y cuando sean facturados a través del hospital.
- Todos los gastos originados y relacionados directamente con el diagnóstico por el cual se abrió el siniestro durante su estancia en el área de terapia intensiva incluyendo el costo de Honorarios de Médicos y Cirujanos, serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada. Salvo cuando la suma asegurada sea ilimitada será cubierto hasta la suma asegurada contratada o hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero.
- Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el hospital, previa autorización de PLAN SEGURO.

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

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

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

Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos se valorarán por similitud a las comprendidas en ésta. Cuando en una misma sesión quirúrgica el mismo cirujano practique dos o más operaciones

en una misma incisión, se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas, cuando los porcentajes estipulados en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos sean iguales.

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

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

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

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

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

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

HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO. Si el Asegurado requiere de la asistencia de Enfermera especial a domicilio, siempre y cuando por la naturaleza del padecimiento lo amerite y sea indicado por el médico tratante, previa autorización de PLAN SEGURO, los honorarios por este concepto serán cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios

Médico-Quirúrgicos contratada con un máximo de sesenta (60) días, tres (3) turnos diarios de ocho (8) horas cada turno por Asegurado por año póliza.

HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA. Los gastos de Honorarios del Instrumentista se pagarán únicamente para intervenciones cardiovasculares que requieran bomba extracorpórea hasta el 4% de los Honorarios que PLAN SEGURO pague al Cirujano, previa autorización de PLAN SEGURO.

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

Quedan excluidos aquellos que no están relacionados directamente con la Enfermedad y/o Accidente motivo de la reclamación o bien que no sean indispensables para el tratamiento del Accidente y/o Enfermedad cubierta.

En estos casos se aplicará el porcentaje de Coaseguro de la póliza.

En caso que el Asegurado decida realizarse los estudios de laboratorio, gabinete e imagenología ya sean hospitalarios o ambulatorios, en algún Hospital que no se encuentre dentro de la Base de Hospitales correspondiente a su plan contratado, y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor inmediata a su base contratada, además del Coaseguro contratado, pagará veinte puntos porcentuales (20%) adicionales a su Coaseguro sobre los gastos erogados por éste concepto por cada nivel de Base Hospitalaria superior a la contratada.

QUIROPRÁCTICOS. Se cubren los tratamientos realizados por quiroprácticos con cédula profesional hasta 20 consultas por padecimiento, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada vía reembolso.

MEDICAMENTOS. Quedarán cubiertos los siguientes gastos de medicamentos:

- Consumidos dentro del Hospital.
- Adquiridos fuera del Hospital o Sanatorio, siempre y

cuando sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura original de la farmacia, la receta expedida por el médico tratante y tenga relación directa con el padecimiento.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.

Cubre los padecimientos preexistentes declarados en la solicitud y carta histórica de siniestralidad. Estos padecimientos se cubren al inicio del tercer (3er) año de cobertura continua con PLAN SEGURO, siempre y cuando el Asegurado no haya erogado gastos durante el periodo de espera mencionado anteriormente.

En estos casos se evaluarán los padecimientos preexistentes declarados al momento de solicitar la póliza mediante el llenado de la solicitud y carta histórica de siniestralidad en la que se detalle dichos padecimientos para su evaluación, reservándose PLAN SEGURO la aceptación o rechazo de los mismos, en caso de aceptación PLAN SEGURO emitirá el Endoso correspondiente.

Se excluyen:

- **Padecimientos preexistentes no declarados previamente en la solicitud y carta histórica de siniestralidad.**
- **Padecimientos cardiacos, accidentes vasculares, diabetes, padecimientos oncológicos, SIDA, enfermedades degenerativas y/o padecimientos neurológicos.**

Para esta cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de ninguna Compañía, incluyendo PLAN SEGURO.

PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA. Quedarán cubiertos los tratamientos médico quirúrgicos y la atención de emergencias en áreas de corta estancia o en hospitalización menor o igual a 24 horas, siempre y cuando se rebase el deducible y se cuente con un diagnóstico definitivo, pagando el coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la carátula de la póliza para este tipo de procedimientos.

PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL. Gastos que resulten del uso y/o colocación y/o de la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular



cardiaca, Stents, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis discal, así como el uso y/o colocación y/o la renta de aparatos ortopédicos que se requieran, serán amparados hasta la Suma contratada o hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla, lo que sea menor, aplicando, el deducible y el coaseguro de la póliza, excepto en caso de Accidente.

En caso de que se haya pagado el deducible por el padecimiento que dio origen, sólo se aplicará el coaseguro correspondiente.

Por concepto de:	Suma Asegurada
Prótesis valvular cardiaca, endoprótesis cardiacas y vasculares.	64 SMGM (por Padecimiento)
Stents	95 SMGM (por Padecimiento)
Marcapasos	26 SMGM
Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis de manera enunciativa más no limitativa de cadera, columna, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza, de radio, miembros artificiales, prótesis discal y prótesis ocular.	38 SMGM (por Concepto)
Renta o Compra (esta última previa autorización de PLAN SEGURO) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes).	38 SMGM (por Concepto)
Prótesis Dental a consecuencia de un Accidente	8 SMGM
Adquisición y colocación de neuroestimuladores y estimuladores.	257 SMGM (Por Padecimiento)

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. Cubiertas durante la vigencia ininterrumpida de la póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el médico tratante con un máximo de 4 meses o cuarenta (40) sesiones por padecimiento, lo que ocurra primero, para el caso de padecimientos congénitos se cubrirán con un máximo de 6 meses o noventa (90) sesiones, la indemnización será de acuerdo a la tabla de honorarios médico quirúrgicos contratado.

OZONOTERAPIA: Queda cubierta hasta 20 sesiones por padecimiento, con tope de suma asegurada de 1 SMGM máximo por cada sesión.

TRANSFUSIONES Y APLICACIONES. Se pagarán para el Asegurado transfusiones de sangre excepto lo mencionado en el inciso 30 de las Exclusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del padecimiento. No estará cubierto ningún gasto erogado por el donador.

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

TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. Gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de 20 SMGM al momento del Tratamiento, aplicando el deducible y el coaseguro de la póliza.

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

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

TRASPLANTE DE ÓRGANOS. Quedan amparados los gastos médicos o quirúrgicos del receptor y únicamente los gastos médicos erogados del donante en el acto quirúrgico de la donación por trasplante de órganos, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y hasta la Suma

Asegurada de 1000 SMGM o la Suma Asegurada contratada de la póliza, la que resulte menor; esta Suma Asegurada es para el receptor y el donante, aplicando deducible y coaseguro de la póliza.

Esta suma asegurada sólo aplica en caso de trasplante, y en caso de que ésta se haya agotado no podrá acumularse a la suma asegurada contratada de la póliza.

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

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Riñón
- Médula Ósea

No se cubrirán los gastos por complicaciones, ni secuelas para el donador.

DEPORTES PELIGROSOS. Quedan amparados los gastos erogados a consecuencia de la práctica ocasional o vacacional de los siguientes deportes peligrosos: montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go-karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

Entendiéndose que la práctica ocasional será aquella que se realice con un máximo de dos (2) veces al mes.

DAÑO PSIQUIÁTRICO. Se otorga la cobertura de Daño Psiquiátrico, siempre y cuando a juicio del médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra perteneciente a la Red de PLAN SEGURO, el Asegurado requiera tratamiento psiquiátrico a consecuencia de:

- a) Haber sufrido algún Accidente cubierto por las condiciones generales de la póliza.
- b) Habérsele diagnosticado alguna Enfermedad Terminal única y exclusivamente: Cáncer de cualquier tipo, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- c) Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:

- Asalto,
- Secuestro ó
- Violación

Gastos cubiertos:

1. Honorarios del médico psiquiatra perteneciente a la Red de PLAN SEGURO de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada por un máximo de 24 consultas durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta por cualquiera de los eventos mencionados en los incisos anteriores.
2. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un (1) año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, siempre que sean prescritos por el médico psiquiatra perteneciente a la Red de PLAN SEGURO.

Esta cobertura está amparada únicamente dentro del Territorio Nacional de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y aplicando el Deducible y Coaseguro contratados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DAÑO PSIQUIÁTRICO.

1. **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad o accidente cubierto.**
2. **Los padecimientos preexistentes declarados o las secuelas de estos.**
3. **Cualquier gasto complementario cuya fecha de ocurrencia sea posterior a un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica cubierta por PLAN SEGURO.**
4. **Los honorarios y los medicamentos prescritos por un médico psiquiatra fuera de la Red de Prestadores de Servicios Médicos de PLAN SEGURO.**



OTROS GASTOS CUBIERTOS

ALIMENTACIÓN PARENTERAL. Se cubren hasta un límite de treinta (30) días por padecimiento ya sean vía pago directo o reembolso.

ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO. PLAN SEGURO cubrirá vía reembolso, de acuerdo con los procedimientos que se tengan establecidos, a las coberturas y a la tabla de honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la base hospitalaria contratada y aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la carátula de la póliza para el tipo de gasto realizado, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de emergencia(s) médica(s), en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que la propia red de servicios de PLAN SEGURO no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad o error de diagnóstico, entendiéndose por este último el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la propia red de servicios de PLAN SEGURO y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de prestadores de servicios de PLAN SEGURO por la misma emergencia médica.

Cabe mencionar que para esta cláusula, respecto a los supuestos de saturación, falta de disponibilidad o error en el diagnóstico por parte de los prestadores de servicios pertenecientes a la Red de PLAN SEGURO, no aplicará lo previsto en el último párrafo de la cláusula de PAGO DE RECLAMACIONES.

CÁMARA HIPERBÁRICA. Queda cubierta hasta 10 sesiones por padecimiento con un coaseguro del 40% para cada sesión, siempre y cuando este indicadas por el médico tratante y sean para la recuperación de Asegurado, previa autorización de PLAN SEGURO.

PLAN SEGURO se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional para acreditar que se trata de un padecimiento que requiera de dicha terapia.

CIRCUNCISIÓN. Se cubren los gastos erogados hasta \$8,000.00, por concepto de circuncisión sin aplicar Deducible ni Coaseguro. La circuncisión se entiende como la intervención quirúrgica mediante la cual se efectúa la extirpación parcial o total del prepucio.

Será cubierta únicamente en territorio nacional para los nacidos durante la vigencia de la póliza que se hayan dado de alta conforme a lo estipulado en las presentes condiciones.

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Quedan cubiertos previa autorización de PLAN SEGURO.

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

LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO. Se cubren las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.

PRUEBA DE VIH. Se cubre la prueba de VIH siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante, y solamente en los casos que se requiera como parte del protocolo preoperatorio con previa autorización de PLAN SEGURO. Lo anterior no modifica la cobertura de VIH prevista en el capítulo de gastos cubiertos con periodos de espera después de transcurridos cuatro años de vigencia.

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

TOXINA BOTULÍNICA. Se encuentra cubierto el uso de toxina botulínica así como su aplicación, previa valoración y autorización por PLAN SEGURO.

VACUNAS. Se cubren las vacunas antirrábicas de acuerdo al gasto usual y acostumbrado así como cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico que requieran de vacunas de tipo inmuoalérgicas así como desensibilización inmunológica hasta una suma asegurada de \$20,000.00.

5. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO. Quedarán cubiertas las complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio de la Asegurada, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en PLAN SEGURO al momento del evento. Únicamente quedan amparadas las complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio enunciadas a continuación:

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

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 65 SMGM, aplicando el Deducible y el Coaseguro contratados.

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

PARTO Y CESÁREA. Quedan cubiertos los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea de la Asegurada dentro del territorio nacional, excepto si la Asegurada cuenta con la Cobertura opcional con costo **COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO**, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en PLAN SEGURO.

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 15 SMGM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro. No se cubrirá ningún otro gasto anterior o posterior al parto o cesárea, tales como consultas médicas, medicamentos, cualquier tipo de estudios y/o procedimiento etc., excepto los mencionados como complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio.

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

ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS. Quedan cubiertos los gastos erogados a consecuencia del aborto y legrados uterinos de la Asegurada, siempre y cuando tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en PLAN SEGURO.

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 madre asegurada con un límite de 7 SMGM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

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

RECIÉN NACIDOS. Quedan cubiertos desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en PLAN SEGURO, se haya dado de alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales, es decir, notificando a PLAN SEGURO durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la prima del nuevo Asegurado, para lo cual es necesario presentar el Acta de Nacimiento o Constancia de Alumbramiento correspondiente.

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

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Quedan cubiertos los gastos originados desde el primer día de nacido por padecimientos congénitos, así como por intervenciones de cirugías correctivas que se requieran de los hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza, hasta la Suma Asegurada de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en PLAN SEGURO, se haya dado de alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales, es decir, notificando a PLAN SEGURO durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la prima del nuevo Asegurado, para lo cual es necesario presentar el Acta de Nacimiento o Constancia de Alumbramiento correspondiente.

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



GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DETRANCURRIDO EL PRIMERAÑO DEVIGENCIA.

Estarán cubiertos después de transcurrido el primer año de inicio de vigencia de esta póliza para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico, los gastos resultantes de:

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Ewentraciones, hernias de cualquier tipo (excepto lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia), hemorroides, cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis.
- Litiasis en vías biliares, litiasis en vesícula biliar.
- Insuficiencia venosa periférica, varicocele y varices de miembros inferiores.
- Litiasis renouretal.
- Padecimientos prostáticos (excepto lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia).
- Enfermedad ácido péptica (gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico, etc).
- Enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon.
- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, este beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del 50%, para tratamientos médicos y quirúrgicos.
- Lipomas de cualquier región.
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Osteoporosis hasta 20 SMGM.
- Cirugía refractiva: Se cubren los gastos médicos erogados por cirugía refractiva hasta 7 SMGM 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 de la red de PLAN SEGURO que confirmen dicha deficiencia y que sea mayor o igual a 5 dioptrías y sujeto a aprobación de la Dirección Médica en donde esta podrá solicitar una segunda opinión médica con el médico que PLAN SEGURO determine.

Éste 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, si aplica reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DETRANCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.

Estarán cubiertos después de transcurrido el segundo año de inicio de vigencia de esta póliza para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico, los gastos resultantes de:

- Prostatectomía.
- Cataratas.
- Padecimientos relacionados con el piso perineal.
- Hallux valgus (juanetes).
- Prolapsos de cualquier tipo.
- Padecimientos ginecológicos.
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral y rodillas.
- Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales. Queda cubierto por reembolso y con previa autorización de la Dirección Médica.
- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre que no contravenga lo previsto en las exclusiones y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el periodo de espera estipulado ya que de presentarse durante el mismo éste padecimiento será considerado como exclusión.

Para estas coberturas, si aplica reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

- 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 o cuando sus signos o síntomas hayan pasado desapercibidos, es decir, no hayan sido aparentes a la vista ni diagnosticados previamente a la fecha de alta o de reconocimiento de antigüedad del Asegurado en la póliza.

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

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA. Queda amparada la Atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) con periodo de espera de 4 años continuos e ininterrumpidos en el producto Salud Óptima 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 éste padecimiento será considerado como exclusión.

Quedan cubiertos los gastos derivados por la atención del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) para los Recién Nacidos, siempre y cuando la madre cumpla con un periodo de espera de 4 años continuos e ininterrumpidos en el producto Salud Óptima 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 éste padecimiento será considerado como exclusión.

En caso de que el Asegurado contará con este beneficio en alguna Compañía anterior deberá presentar a PLAN SEGURO la carátula de póliza y/o endoso en donde se especifique 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 treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la póliza contratada en el producto Salud Óptima de PLAN SEGURO, para otorgarle el reconocimiento de antigüedad correspondiente.

En éste caso el periodo de espera de 4 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 el producto Salud Óptima 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, éste padecimiento será considerado como exclusión.

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

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

6. LIMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad máxima que PLAN SEGURO pagará por padecimiento a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, iniciada durante la vigencia de la póliza y de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia.

En caso de Padecimientos Preexistentes cubiertos, la Suma Asegurada será la que se encuentre estipulada en la carátula de la póliza para cada Asegurado por padecimiento.

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

DEDUCIBLE.

Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la carátula de la póliza y se aplica una vez por padecimiento. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado esta cantidad comienza la obligación de PLAN SEGURO.

COASEGURO.

Es el porcentaje con que participa directamente el Asegurado en el gasto que corresponde a cada acción de salud y que se encuentra estipulado en la carátula de la póliza.

El coaseguro se aplicará por cada reclamación procedente, incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía pago directo.



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

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO.

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

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

Para efectos de este beneficio no se consideran las participaciones del asegurado por coaseguros de las coberturas indicadas en el apartado 9. COBERTURAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO (Coberturas Básicas incisos a, b y c.)

TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.

Es la relación del monto o porcentaje máximo que PLAN SEGURO pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierta y de acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

BASE HOSPITALARIA

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

PAGO DIRECTO

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

El procedimiento de Pago Directo es una forma de indemnización adicional que ofrece PLAN SEGURO al Asegurado, sin que por ello quede obligado a realizarlo cuando la póliza se encuentra en periodo de gracia.

PAGO POR REEMBOLSO

Es el pago que realiza PLAN SEGURO de los gastos erogados procedentes, relacionados directamente con el padecimiento cubierto de acuerdo a la Tabla de honorarios médico-quirúrgicos contratada, condiciones generales y/o endosos generales o específicos.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

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

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

En caso de Accidente cubierto no se aplicará Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando:

- a) El monto reclamado sea mayor al Deducible contratado.
- b) Se haya contratado la cobertura con costo de ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE y el monto reclamado sea mayor a \$1,000.

En ambos se debe anexar el aviso escrito respectivo y/o acta del Ministerio Público en caso de que PLAN SEGURO así lo requiera.

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

- 1) Si la póliza tiene Deducible igual a 1 SMGM, se elimina el deducible.
- 2) Si la póliza tiene 10% de Coaseguro, se elimina el coaseguro.
- 3) Si la póliza tiene Deducible contratado superior a 1 SMGM, se eliminará la cantidad correspondiente a 1

SMGM.

- 4) Si la póliza tiene Coaseguro superior al 10%, se eliminarán solamente 10 puntos porcentuales del total del Coaseguro contratado.

En caso que exista una reclamación y el monto de ésta sea superior al Deducible contratado, únicamente si el Médico no pertenece a la red y este se ajusta al tabulador contratado, para las indemnizaciones sea a través de Pago Directo, se procederá de la siguiente manera:

- 1) Si la Póliza tiene Deducible contratado superior o igual a 1 SMGM, se eliminará la cantidad correspondiente a 0.5 SMGM.
- 2) Si la Póliza tiene Coaseguro superior o igual al 10%, se eliminarán solamente 5 puntos porcentuales del total del Coaseguro contratado.

No aplica en coberturas donde se estipula un deducible y un coaseguro diferente al contratado.

7. EXCLUSIONES GENERALES

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

1. **Padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud, así como los mencionados como excluidos en el punto de “Padecimientos Preexistentes Declarados” del apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos.**
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.**
3. **La hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, exámenes y/o estudios especiales que puedan ser efectuados en forma ambulatoria, aún cuando exista indicación médica expresa.**
4. **No quedarán cubiertos todos aquellos gastos indirectos del transplante de corazón, pulmón, hígado y riñón (posibles donadores, donadores, todos los exámenes inherentes al mismo, etc.) así como trasplantes de tipo experimental.**
5. **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.**
6. **Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aún cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.**
7. **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.**
8. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
9. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso de manera enunciativa más no limitativa:**



de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes.

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

10. Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.

11. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, psiquiátrico o nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, salvo lo especificado en el apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos en Daño Psiquiátrico.

12. Cualquier padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, siempre y

cuando el afectado sea el responsable directo, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, siempre y cuando el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto, de igual manera se excluyen los accidentes ocasionados por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas.

13. Durante la hospitalización, queda excluido servicio de enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.

14. Afecciones propias del embarazo, salvo las mencionadas como cubiertas en el inciso de complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio del apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos de estas condiciones generales, en estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni a los que presente la madre, también quedan excluidas las complicaciones del embarazo cuando este sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.

15. Gastos ocasionados por diagnósticos, estudios de diagnóstico, control de laboratorio y gabinete, tratamientos médicos o quirúrgicos 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), menopausia, climaterio, tabaquismo y trastornos del sueño cualquiera que sea la etiología del padecimiento o trastorno a descartar independientemente de que resulten de enfermedades de enfermedades o accidentes cubiertos.

16. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos y tratamientos médicos y/o quirúrgicos que tengan como fin corregir: presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, miopía, estrabismo, cualquiera que sea su causa excepto lo indicado en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera.
17. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza así como las complicaciones de estas, salvo las reconstructivas necesarias por accidente siempre que se compruebe con estudios de imagenología que apoye el diagnóstico.
18. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendolas utilizadas para cicatrización que lo ide excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la póliza.
19. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico así como todo lo secundario al padecimiento y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso peso (de manera enunciativa más no limitativa cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica, etc.), tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
20. Gastos ocasionados por diastasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.
21. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, excepto lo indicado en el Apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera.
22. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, salvo lo mencionado en el apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos para Revisión Médica Preventiva.
23. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.
24. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza, así como la compra o renta de zapatos ortopédicos y plantillas ortopédicas, cama tipo hospital o aparatos similares.
25. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o que no sean aceptados por ser experimentales, o que tengan beneficios inciertos para el paciente, o que no



- hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration), así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con Focus Exablate.
26. Se excluye el uso de cámara hiperbárica por fines estéticos.
 27. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por PLAN SEGURO.
 28. Los honorarios médicos cuando el médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.
 29. Tratamiento médico y/o quirúrgico con el fin de corregir ptosis palpebral, excepto que se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto.
 30. No quedarán cubiertos los siguientes gastos relacionados con transfusiones de sangre:
 - ABO y Rh, (pruebas para identificar el grupo sanguíneo Rh de los donadores),
 - PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD (prueba cruzada que se realiza entre la sangre del paciente y la sangre que se tiene en el Banco de Sangre con el fin de determinar que puede ser empleada para transfusión),
 - ANTICUERPOS IRREGULARES
 - (prueba a través de la cual se investiga la presencia o ausencia de anticuerpos específicos contra glóbulos rojos en el suero del paciente),
 - CARGO DE SANGRE O RECUPERACIÓN POR INSUMOS (Estudios obligatorios que demanda la Secretaría de Salud -VIH, Hepatitis C, Sífilis y Chagas- para ser efectuados en la sangre que se emplea para transfundirse como parte del tratamiento que el médico indica al paciente).
 31. Alimentación parenteral, salvo que se trate de hospitalización, caso en el que se otorgará el servicio con un límite de 30 días por vigencia, en donde se cubrirá según lo indicado en el apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos.
 32. Las consultas de médicos especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica y cicatrices queloides, acné, cuperosis, padecimientos congénitos (salvo lo estipulado en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera), los tratamientos con base en hipnosis, crioterapias y quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.
 33. Quedan excluidos los expansores mamarios, prótesis mamarias, padecimientos y/o complicaciones ocasionadas por la colocación de éstas, excepto lo indicado en el apartado 4. Gastos Médicos Cubiertos. Queda

excluida la mastectomía profiláctica así como sus complicaciones.

- 34.** No se encuentran cubierto ningún tipo de vacunas, incluyendo la vacuna Antirogham para el caso en que el recién nacido asegurado sea RH negativo, excepto lo indicado en el apartado 4. **Gastos Médicos Cubiertos.** Lo anterior, aún y que sean prescritas por el médico tratante y/o que se encuentren relacionadas, directa o indirectamente con padecimientos cubiertos.
- 35.** No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos cualquiera que sea su causa.
- 36.** No quedarán cubiertos los gastos derivados por la atención del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y/o Virus de Inmunodeficiencia Humana para los Recién Nacidos, excepto lo indicado en el apartado 5. **Gastos Cubiertos con Periodos de Espera.**
- 37.** Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, se excluyen los gastos pre y post-quirúrgicos como: pruebas de compatibilidad entre el donante y receptor, cualquier tratamiento médico o quirúrgico efectuado al donante vivo, posterior al trasplante y cualquier complicación del donante vivo derivada del evento, así como cualquier gratificación o remuneración que él mismo reciba, excepto los mencionados en el apartado 4. **Gastos Médicos Cubiertos.**
- 38.** No estarán cubiertos los tratamientos de acupuntura, naturistas, homeópatas u otro tipo de medicina alternativa.
- 39.** 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.
- 40.** 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.
- 41.** No están cubiertas:
- Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
 - Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
 - Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
 - Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando estas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
- 42.** No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del



servicio recibido de los proveedores.

43. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.

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

45. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, antipsicóticos,

ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico independientemente de su causa, excepto si los medicamentos prescritos son a consecuencia de un tratamiento cubierto dentro del beneficio de Daño Psiquiátrico.

46. 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.

8. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

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

ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA. En caso de accidente ocurrido en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general y que, el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite levantar el acta ante el Ministerio Público en forma inmediata y presentarla a PLAN SEGURO siempre y cuando así se haya requerido, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, esto dentro de un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el accidente que pueda ser motivo de indemnización, en cuyo caso se procederá de acuerdo a lo descrito en la cláusula Subrogación de Derechos.

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

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

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

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

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que PLAN SEGURO entregue al Asegurado. Este documento se presentará requisitado en forma completa y con letra de molde por el titular de la póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado afectado, cuando por el estado de salud el Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo.
- Informe Médico en la papelería que PLAN SEGURO entregue al Asegurado. Este documento será requisitado por cada uno de los médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos informes médicos como médicos hayan participado. Cada informe médico debe ir firmado por el médico tratante correspondiente. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe médico que exhiba el asegurado.
- Recibos de honorarios médicos originales (cirujano, ayudante, anesthesiólogo, enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., cédula profesional además de los requisitos fiscales en vigor.
- Cada recibo deberá expedirse por un solo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se

señalará claramente en cada recibo, así como la fecha de atención.

- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar un recibo por cada visita realizada y cada recibo se acompañará de un informe médico del médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A.
- Las facturas de laboratorio y gabinete irán acompañadas de sus respectivos resultados originales.
- Expediente Clínico.

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

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

Si la hospitalización es en Hospital Privado:

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

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

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

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

En caso de pago por reembolso, todos los recibos y facturas deberán ingresarse a nombre del Asegurado titular, afectado y/o contratante.

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

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

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

PLAN SEGURO podrá si así lo considera, solicitar cualquier tipo de información médica, así como solicitar la realización al asegurado de cualquier tipo de estudios necesarios e indispensables para poder evaluar la procedencia o improcedencia de alguna reclamación, ya sea por pago directo o por reembolso.

PAGO DE RECLAMACIONES.

- Las indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán liquidadas en las oficinas de PLAN SEGURO, en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que PLAN SEGURO reciba el TOTAL de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- Todas las indemnizaciones cubiertas por PLAN SEGURO serán liquidadas en las oficinas de la misma a cada Asegurado o a quien éste haya designado.

En el caso de coberturas que operen vía Pago Directo, se debe tramitar la autorización de la atención médica requerida en hospitales y con médicos en convenio con PLAN SEGURO, de acuerdo con el manual del usuario. Después de ser autorizada su atención, se someterá al procedimiento requerido y pagará el Deducible y Coaseguro contratado, así como los gastos no cubiertos por la póliza.

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

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

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

los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso.

PAGOS IMPROCEDENTES. Cualquier indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al contratante a reintegrar el pago a PLAN SEGURO.

En caso de que el Asegurado se realice una cirugía, procedimiento o tratamiento médico diferente al inicialmente programado, mismo que fue autorizado para ser cubierto por pago directo, PLAN SEGURO quedara 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 esto será motivo de cancelación de la póliza.

9. COBERTURAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO**COBERTURAS BÁSICAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO**

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

I. COBERTURAS AMBULATORIAS

El contratante estará obligado a adquirir por lo menos una de las siguientes coberturas 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 como parte de la cobertura básica.

a) CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS.

Quedarán cubiertos los gastos erogados por el Asegurado por consultas ambulatorias de médicos generales y especialistas que forman parte de la Red de Prestadores de servicios en convenio con PLAN SEGURO, 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.

Para esta cobertura aplica un Coaseguro del treinta por ciento (30%) con médico. En caso de que se desee asistir con un Médico de la Red de prestadores de servicios en convenio con PLAN SEGURO que pertenezca a una base mayor a la contratada, deberá pagar el coaseguro que le corresponde a su base, más la diferencia del costo de la consulta de la base elegida.

Si la atención es realizada fuera de la red de prestadores de servicios en convenio con PLAN SEGURO, éstas serán cubiertas vía reembolso, de acuerdo a la tabla de honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, aplicando el coaseguro correspondiente al plan contratado e incluyendo diez (10) puntos porcentuales adicionales de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

Este beneficio deberá estar estipulado en la carátula de la póliza.

b) EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIOS.

1. Quedarán cubiertos los gastos erogados por el Asegurado correspondientes a exámenes de laboratorio, imagenología y gabinete que se enlistan a continuación:

a) Estudios de Laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Proteína "C" Reactiva.
- Velocidad Sedimentación Globular.
- Grupo y Rh.
- Electrolitos Séricos.
- Química sanguínea (3, 6, 12, 24, 32 elementos).
- Hemoglobina glicosilada.
- Coprocultivo.
- Coporparasitoscópio (Serie 1-3).
- Coprológico.
- Perfil tiroideo.
- Perfil hepático.
- Perfil renal.
- Perfil de lípidos.
- Perfil hormonal.
- Perfil TORCH.

- Electrocardiograma.
- Examen general de orina.
- Urocultivo.
- Urológico.
- Reacciones febriles.
- Inmunoglobulinas séricas (IgA, IgE e IgM).
- Eosinófilos en moco nasal.
- Pruebas cutáneas, RASH cutáneo.

b) Estudios de Gabinete:

- Radiografías simples de cualquier región anatómica; excepto lo indicado en Exclusiones de Cobertura Ambulatoria.
- Ultrasonidos de cualquier región anatómica; excepto lo indicado en Exclusiones de Cobertura Ambulatoria.

Que se realicen en forma ambulatoria en Hospitales, Clínicas y Sanatorios en convenio con PLAN SEGURO, siempre y cuando sean indicados por el médico tratante y se entregue a PLAN SEGURO el informe médico preliminar debidamente requisitado y/o receta del médico tratante, éste beneficio deberá estar estipulado en la carátula de la póliza.

2. Quedaran cubiertos los gastos erogados por el asegurado respecto a estudios de tomografía axial computarizada simple y/o contrastada, incluidos con medio de contraste, siempre que sean indicados por el médico tratante mediante informe médico debidamente requisitado.

En consecuencia si el diagnostico emitido con motivo del estudio, refiere que se trata de un padecimiento omitido, preexistente o no cumple con periodo de espera, PLAN SEGURO queda liberado de cubrir cualquier gasto subsecuente con relación al mismo.

Si el padecimiento diagnosticado se encuentra omitido, PLAN SEGURO procederá de conformidad con lo previsto en el apartado 10. Cláusulas Generales para Omisiones o Inexactas Declaraciones.

Si el origen del padecimiento para el cual se requiere

el examen de laboratorio, gabinete o imagenología es derivado de un siniestro aperturado o con diagnóstico definitivo, éstos estarán cubiertos bajo la cobertura básica del producto.

Para cubrir estos gastos deberán presentarse las correspondientes órdenes de atención en donde se indiquen los estudios solicitados por el médico tratante ya sean exámenes de laboratorio, imagenología y gabinete, aplicando un Coaseguro del treinta por ciento (30%).

En caso de realizarse estos exámenes en hospitales, laboratorios y gabinetes correspondientes a una base más alta de la contratada, se aplicará un coaseguro adicional de 20%.

c) REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA. Consiste en una historia clínica, examen general de orina, determinaciones en sangre de biometría hemática, glucosa, colesterol, fosfatasa alcalina y transaminasa glutámico oxaloacética pirúvica y electrocardiograma en reposo. Esta cobertura únicamente se dará con la Red de prestadores autorizados por PLAN SEGURO.

El Asegurado tendrá derecho a una (1) revisión médica preventiva anual por Asegurado por año póliza, para mayores de 18 años. Aplicando un Coaseguro del treinta por ciento (30%).

Los gastos erogados por procedimientos ambulatorios, no se considerarán para eliminar o reducir el deducible de reclamaciones realizadas como Gasto Médico Mayor, salvo en el caso en que se anexas en cada reembolso las ordenes de atención, en las que se compruebe que la suma de estos gastos rebasen el monto del deducible, a fin de que el área médica pueda considerarlos como tales, en cuyo caso PLAN SEGURO procederá a la devolución, vía reembolso, del monto del deducible pagado.

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA AMBULATORIA. Esta cláusula básica no cubre los siguientes gastos:

I. Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el control del

embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.

- 2. Consultas estudios y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.**
- 3. Consultas, estudios o tratamientos para control de peso y de carácter estético.**
- 4. Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación de manera enunciativa más no limitativa (Panendoscopia, Colonoscopia, Toma de biopsia y Cistoureoscopia).**
- 5. Estudios de alta especialidad, de manera enunciativa más no limitativa: Resonancias magnéticas, Holter, Ecocardiogramas, Encefalogramas, Pruebas de mesa inclinada, Estudios Doppler arterial y/o venosos, Flebografías, Gammagramas, Mastografías, Mielografías, Serie metastásica, Estudios de hemodinámica (Angiografía coronaria, cerebral u otros), Estudios de medicina nuclear (PET-CT), Marcadores tumorales, Electromiografía y/o potenciales evocados.**
- 6. Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.**
- 7. Estudios de laboratorio y gabinete realizados con proveedores fuera de la Red de PLAN SEGURO.**
- 8. Revisión Médica Preventiva que se realice en Hospitales, Clínicas y Sanatorios fuera de la Red de PLAN SEGURO.**

PREVALENCIA. En caso de que alguna de estas coberturas Ambulatorias, opcionales con costo, se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este documento.



COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO

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

I. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

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

DEFINICIÓN. Se considerará Emergencia Médica en el Extranjero, cuando el Asegurado requiera de atención médica inmediata fuera de la República Mexicana debido a cualquier alteración orgánico-funcional repentina, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de tal severidad que ponga en peligro la vida, la integridad corporal o la funcionalidad de alguno de los órganos del Asegurado.

COBERTURA. 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, indicados en la carátula de la póliza.

La Suma Asegurada así como el deducible estipulados en la carátula de la póliza de esta cobertura son independientes a los contratados en cualquier otra cobertura.

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

Las condiciones no especificadas en ésta cobertura, operarán de acuerdo a la cobertura básica contratada estipuladas 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 tres (3) meses de iniciado el viaje, transcurridos tres (3) meses fuera de la República Mexicana éste beneficio quedará excluido de la póliza.

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. Esta cláusula opcional no cubre los siguientes gastos:

- 1. No quedarán cubiertos los Accidentes o Enfermedades 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. No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.**
- 3. No quedarán cubiertos los tratamientos de rehabilitación o fisioterapia.**
- 4. No quedará cubierta la operación cesárea, el parto, embarazo ni 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. No quedarán cubiertos los gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
- 7. No quedarán cubiertos los padecimientos preexistentes.**
- 8. No quedarán cubiertos los padecimientos congénitos.**

9. **No quedarán cubiertos los estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.**
10. **Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.**
11. **Quedan excluidos los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de 3 meses fuera de la República Mexicana.**

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

II. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO

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

DEFINICIÓN. Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero, PLAN SEGURO cubrirá el costo de los Gastos Médicos cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos, Suma Asegurada y Deducible contratados para la póliza y adicionando veinte (20) puntos porcentuales al Coaseguro contratado.

El parto y la cesárea quedan cubiertos de acuerdo a lo estipulado en el apartado 5. GASTOS MEDICOS CON PERIODO DE ESPERA.

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

Las condiciones no especificadas en ésta cobertura, operarán de acuerdo a la cobertura básica contratada estipuladas en estas Condiciones Generales y en los límites de la carátula de esta póliza.

TEMPORALIDAD. Los beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de nueve (9) meses de iniciado el viaje. Transcurridos nueve (9) meses fuera de la República Mexicana éste beneficio quedará excluido de la póliza.

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO. Esta cláusula opcional no cubre los siguientes gastos:

1. **No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.**
2. **No quedarán cubiertos los tratamientos de rehabilitación o fisioterapia en el extranjero.**
3. **No quedarán cubiertas las complicaciones de la cesárea, el parto, y embarazo excepto las mencionadas en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera.**
4. **Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
5. **No quedarán cubiertos los gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
6. **No quedarán cubiertos los padecimientos preexistentes.**
7. **No quedarán cubiertos los**



padecimientos congénitos.

- 8. Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.**
- 9. Quedan excluidos los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de nueve (9) meses fuera de la República Mexicana.**

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

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

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

COBERTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE. Esta cláusula opcional no cubre los siguientes gastos:

- a) Hospitalización por enfermedades.
- b) Hospitalización por enfermedades preexistentes.
- c) Hospitalización por padecimientos o procedimientos secundarios a intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- d) Hospitalización por accidentes a consecuencia a alcoholismo y/o drogadicción siempre y cuando el afectado sea responsable directo.
- e) Hospitalización por accidentes para tratamientos o procedimientos experimentales.
- f) Hospitalización por accidente a consecuencia de padecimientos siquiátricos, demencia senil o abandono familiar.
- g) Hospitalizaciones por accidente que no

sean medicamente necesarias o que no sean prescritas por el médico tratante.

PREVALENCIA. En caso de que la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE opcional con costo, se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta cobertura.

IV. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF)

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

COBERTURA

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

Tipos de Cáncer cubiertos

- Cáncer en una o ambas mamas.
- Cáncer en el Cérvix o cuello uterino.
- Cáncer en el Útero o matriz.
- Cáncer en la Vagina.
- Cáncer en la Vulva.
- Cáncer en uno o ambos ovarios.
- Cáncer en una o ambas trompas de Falopio.

Edad de contratación a partir de los 20 años y hasta los 55 años.

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

Para esta cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías, ni de PLAN SEGURO.

Se define como Evento. Cualquier diagnostico de Cáncer amparado por PLAN SEGURO.

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

Los siguientes cánceres están excluidos:

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

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

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



que sean familiares directos del asegurado como padres, hijos, cónyuge y hermanos.

PREVALENCIA. En caso de que la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO opcional con costo, se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta cobertura.

V. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura y obligado a pagar la prima correspondiente, en la carátula de la póliza vendrá indicada la contratación de la misma.

COBERTURA

Al contratar la presente cobertura, PLAN SEGURO exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos generados por el siniestro sea superior a \$1,000.00 pesos y la primera atención y gasto médico se realicen durante los siguientes diez días naturales a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

Esta opción de cobertura solo se podrá contratar si el deducible para la cobertura básica es menor a 4.5 SMGM.

PREVALENCIA.

En caso de que la Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente opcional con costo se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta cobertura.

10. CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.

RENOVACION AUTOMÁTICA. Esta póliza será renovada automáticamente por periodos de un año, bajo las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia así como de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes, excepto que el contratante

de aviso por escrito, dentro de los últimos sesenta días de vigencia del periodo en curso, su voluntad de no renovarla. Una vez aceptada la renovación, el Contratante deberá pagar la prima correspondiente.

El Asegurado perderá la garantía de renovación, si PLAN SEGURO comprueba que hubo dolo, mala fe o de acuerdo a lo estipulado en el apartado 10. Clausulas Generales para la Cláusula Contractual de Omisiones o Inexactas Declaraciones.

PRIMAS. La prima total de esta póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados a quienes se les reconoce el derecho de recibir los beneficios inherentes correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo al sexo, edad alcanzada y riesgo a la fecha de la emisión. Si existe una agravación de riesgo en la suscripción de cada uno de los Asegurados, a juicio de PLAN SEGURO, podrá aceptarlos mediante el cobro de una extraprima o bien rechazarlos.

En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas y planes 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.

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

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA.

Los hijos de la pareja matrimonial asegurada o del concubinato, nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando el recién nacido se encuentre vivo, estén asegurados su padre y/o madre y cumpla con los siguientes requisitos:

- Se dé aviso por escrito dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento.
- Se anexe constancia de alumbramiento o acta de nacimiento.
- Se haya obligado a pagar la prima correspondiente.

De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de PLAN SEGURO.

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

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

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

- Contraigan matrimonio.
- Reciban remuneración por trabajo personal.
- Cumplan 25 años de edad.

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

- En caso de divorcio o término del concubinato.

FORMA DE PAGO. El contratante deberá pagar la prima anual de cada cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia. En caso de optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte, mismo que se dará a conocer por escrito al Asegurado y podrá modificarse anualmente. Si la prima anual

se va a liquidar de manera fraccionada, las exhibiciones serán por periodos de tiempo de igual duración, siempre y cuando éstos no sean inferiores a un mes. En caso de que la póliza se viera afectada por un siniestro ocurrido dentro del 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 vencerán 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.

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

EDAD. PLAN SEGURO podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos sin límite de edad máxima de aceptación, siempre y cuando se aplique un examen de selección médica a las personas de más de 65 años, reservándose PLAN SEGURO el derecho de aceptar o indicar bajo qué condiciones se emitirá la póliza.

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



Si se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, quedara a criterio de PLAN SEGURO proceder de la siguiente forma:

- a) Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, PLAN SEGURO reembolsará el 53% de la prima que pago en exceso al Contratante, las primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- b) Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación la obligación de PLAN SEGURO se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

REHABILITACIÓN. Cuando la póliza vigente cese en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días hábiles siguientes al vencimiento del periodo de gracia y en su caso, PLAN SEGURO la podrá otorgar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con los siguientes requisitos:

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

La póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que PLAN SEGURO lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al contratante en breve.

En ningún caso PLAN SEGURO responderá por enfermedades o accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la póliza y la fecha en que PLAN SEGURO emitió la respectiva autorización, 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.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA. La cobertura de cada uno de los padecimientos cubiertos terminará automáticamente con cualquiera de los siguientes eventos:

1) Cuando el padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se origino el padecimiento.

2) Terminación de la vigencia de la póliza, salvo lo indicado en la cláusula de Periodo de Beneficio.

3) Cancelación de la póliza por parte del Contratante.

PERIODO DE BENEFICIO. Mientras el asegurado renueve con PLAN SEGURO su póliza de seguro de salud para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, los gastos por cada padecimiento se continuarán pagando hasta certificarse la curación del mismo a través de la alta médica o hasta agotar la suma asegurada contratada en la fecha en la que se origino 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 con PLAN SEGURO, estos se cubrirán hasta certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través de la alta médica, al agotar la suma asegurada convenida entre las partes o hasta dos (2) años contados a partir de la fecha de termino de vigencia de la póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

PERIODO DE GRACIA. El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago de la prima anual o de su primera fracción en los casos de pagos en parcialidades; para las primas posteriores dispondrá de quince (15) días naturales para el pago (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). En este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia de su pago vía reembolso.

PERIODO AL DESCUBIERTO. Comienza a las 12 horas del día en que vence el Periodo 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 periodo al igual que los gastos erogados a consecuencia de dichas Enfermedades y/o Accidentes, así como sus complicaciones y secuelas ocurridas ya iniciada la cobertura, aún y cuando el diagnóstico haya sido dado a conocer con posterioridad a la conclusión de este periodo.

CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO. En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de plan o producto, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, 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.

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 bajo los límites, condiciones generales y endosos establecidos en dicha póliza.

Los padecimientos y/o diagnósticos originados durante la vigencia o vigencias anteriores quedarán amparados bajo los límites, condiciones generales y endosos de la (s) póliza (s) anterior (s) según corresponda.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA. Para este beneficio, PLAN SEGURO reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s), únicamente para efectos de reducir o eliminar los periodos de espera descritos en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Periodos de Espera.

CLÁUSULAS OPERATIVAS.

COBERTURA DEL CONTRATO.

- a) **Accidente.** En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la póliza, es decir no hay periodo de espera.
- b) **Enfermedad.** En caso de contratación de una póliza nueva y de tratarse de una enfermedad cubierta, ésta quedará amparada después de transcurrir 30 días naturales contados a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza. Dicho periodo se elimina cuando al momento de la contratación, PLAN SEGURO otorga el Reconocimiento de Antigüedad con otras compañías.

Dicho periodo también se elimina:

1.- Cuando se trate de una renovación en PLAN SEGURO.

2.- En caso de hijos nacidos dentro de la vigencia de la misma, que fueron dados de alta después de los 30 días naturales de nacidos.

Lo anterior en el entendido de que, lo previsto en la cobertura de ACCIDENTES y ENFERMEDADES aplica de conformidad con lo señalado en “Gastos Médicos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Periodos de Espera, Exclusiones y Endosos de la póliza y/o Asegurado”, respectivamente.

TERMINACIÓN ANTICIPADA. El Contratante podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que cesará el contrato.

La terminación anticipada no eximirá a PLAN SEGURO del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor. PLAN SEGURO devolverá el 53% de la prima neta pagada no devengada, siempre y cuando no exista un siniestro afectando a la póliza, en cuyo caso, no habrá devolución de prima, ya que se considera devengada en su totalidad.

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

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

CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

COMPETENCIA. En caso de presentarse alguna controversia entre el contratante y/o Asegurado y PLAN SEGURO, relacionado con los derechos y obligaciones derivado del Seguro contratado, éstos podrán hacer valer sus derechos, por escrito o cualquier otro medio, a opción del interesado, ante cualquiera de las siguientes instancias:

- a) Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus Delegaciones.
- b) Ante Servicio Seguro, Centro de Atención Telefónica Plan Seguro.
- c) En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios



Financieros que le corresponda al reclamante en razón de su domicilio, o bien, en la que hubiere presentado inicialmente su reclamación.

Cualquier reclamación o demanda que se realice en contra de PLAN SEGURO, deberá presentarse dentro del término de dos años contados a partir del hecho que les dio origen o, en su caso, a partir la recepción de la negativa de PLAN SEGURO a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

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

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

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a PLAN SEGURO para considerar rescindido de pleno derecho el contrato,

aunque no haya influido en la realización del siniestro (Arts. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), PLAN SEGURO reintegrará al contratante el 53% de la prima neta pagada no devengada, siempre y cuando no haya existido un siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de prima.

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

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

OTROS SEGUROS. Cuando se contrate en varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los Aseguradores la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los Aseguradores, así como de las Sumas Aseguradas.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. Las Condiciones Generales de la póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se hayan anexado sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y PLAN SEGURO. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en Endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de PLAN SEGURO, carecen de facultades para hacer concesiones o modificaciones.

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

INTERÉS MORATORIO. Si PLAN SEGURO no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas a la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, PLAN SEGURO, pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior; cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, PLAN SEGURO, estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de esta cláusula, el mismo se computará multiplicado por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generan por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel que se efectúe el pago. Para el cálculo, las tasas de referencia 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. Son irrenunciables los derechos de acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda exigirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán

por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por PLAN SEGURO sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VI. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiera demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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 prestaciones precedentes.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS. En el seguro sobre las personas, PLAN SEGURO solo podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del beneficiario contra terceros en razón del siniestro, cuando se trate de contratos de seguro que cubran Gastos Médicos Mayores o Salud.

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

Si el daño fuere indemnizado solo en parte, el Asegurado y PLAN SEGURO concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la Subrogación no procederá en caso que el Asegurado, tengan relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño o bien si son civilmente responsables de la misma (DOF del 02/01/2002).

COMUNICACIONES. Todas las comunicaciones relacionadas con éste Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de PLAN SEGURO ubicado en Periférico Sur No. 4355, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Deleg. Tlalpan, México, D.F. 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 éste 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 la solicitud.