



Condiciones Generales



Índice

1. DEFINICIONES	5
2. COBERTURAS BÁSICAS	13
2.1. COBERTURAS AMBULATORIAS	13
2.1.1. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS	13
2.1.2. LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA	14
2.2. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS	16
2.2.1. AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA	16
2.2.2. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL	16
2.2.3. CONSULTAS MÉDICAS	17
2.2.4. CONSUMO DE OXÍGENO	17
2.2.5. DAÑO PSIQUIÁTRICO	17
2.2.6. DENTAL BÁSICO	17
2.2.7. BIOMETRÍA FACIAL	18
2.2.8. DEPORTES PELIGROSOS	18
2.2.9. ACCIDENTE DE RODILLA	19
2.2.10. GASTOS HOSPITALARIOS	19
2.2.11. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	20
2.2.12. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO	20
2.2.13. HONORARIOS DE AYUDANTE	21
2.2.14. HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA	21
2.2.15. HONORARIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO	21
2.2.16. CIRUGÍAS ASISTIDAS POR ROBOT	21
2.2.17. LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA	21
2.2.18. MEDICAMENTOS	22
2.2.19. OZONOTERAPIA	22
2.2.20. ACCIDENTES DE NARIZ O SENOS PARANASALES	22
2.2.21. ATENCIONES DE CORTA ESTANCIA	22
2.2.22. PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL	22

2.2.23. QUIROPRACTICOS	23
2.2.24. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	23
2.2.25. TRANSFUSIONES Y APLICACIONES	23
2.2.26. TRASPLANTE DE ÓRGANOS	23
2.2.27. TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	24
2.2.28. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	24
2.2.29. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS	25
2.2.30. ALIMENTACIÓN PARENTERAL	25
2.2.31. CÁMARA HIPERBÁRICA	25
2.2.32. CIRCUNCISIÓN	25
2.2.33. EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS	25
2.2.34. EXPANSORES MAMARIOS	25
2.2.35. CIRUGÍA PROFILÁCTICA	25
2.2.36. HOMEÓPATAS	25
2.2.37. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO . . .	25
2.2.38. PRUEBA DE VIH	26
2.2.39. PTOSIS PALPEBRAL	26
2.2.40. TOXINA BOTULÍNICA	26
2.2.41. VACUNAS	26
2.3. GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA	27
2.3.1. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ MESES	27
2.3.2. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE MESES	28
2.3.3. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS VEINTICUATRO MESES .	29
2.3.4. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO MESES	30
3. ATENCIONES INCLUIDAS	30
3.1. ATENCIÓN FUNERARIA	31
3.2. ATENCIÓN MÉDICA	32
3.3. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES NACIONAL	34

3.4. ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL	35
3.5. ATENCIÓN VISUAL	39
4. EXCLUSIONES GENERALES	41
5. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO	45
5.1. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	45
5.2. ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO	46
5.3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)	47
5.4. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF)	48
5.5. ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	49
5.6. ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE	49
5.7. INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA	50
5.8. REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	50
5.9. DENTAL MÁS	50
5.10. DENTAL TOTAL	51
5.11. HÁZLO ÓPTIMO	51
5.12. HÁZLO PLUS	53
6. CLÁUSULAS GENERALES	56
6.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	56
6.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS	61
6.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES	63
6.4. PAGO DE SINIESTROS	70

1. DEFINICIONES

ABDOMEN AGUDO. Entidad patológica perteneciente a cualquier estructura anatómica que conforma la cavidad abdominal, ocasionada por un Accidente y/o Enfermedad de inicio súbito y agudo de evolución rápida que pone en riesgo la vida del paciente y requiere de una atención médica de emergencia.

ACCIDENTE. Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta e involuntaria, que produce lesiones corporales o la muerte y que amerita que el Asegurado reciba tratamiento médico y/o quirúrgico.

No se consideran accidente las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado y las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.

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

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, 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 indican en estas **Condiciones Generales**.

ACCIDENTE DE RODILLA. Aquel en que el mecanismo de lesión es a consecuencia de un trauma y los estudios de imagenología presentados con motivo de la reclamación, muestren lesiones traumáticas agudas que afecten a cualquier estructura anatómica que forme parte de la rodilla.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio adicional que se requiera para acreditarlo.

ACCIONES DE SALUD. Conjunto de prescripciones e intervenciones destinadas a prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar una enfermedad, accidente, traumatismo o cualquier proceso patológico.

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO. Aumento de probabilidades de la realización de algún Accidente y/o Enfermedad, por hechos o actos sobrevinientes al estado declarado del riesgo, al momento de la celebración del Contrato.

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

ANESTESIOLOGO. Médico que ejerce esta especialidad, con certificación del Consejo Mexicano de Anestesiología, A.C.

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual la persona asegurada ha contratado una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud.

La Antigüedad puede ser reconocida, tratándose de Póliza(s) de Plan Seguro o ser reconocida de Póliza(s) de otra(s) Compañía(s); para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos requiera Plan Seguro al momento de solicitar la Póliza, durante los siguientes treinta (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.

El reconocimiento de Antigüedad sólo aplica para eliminar o reducir los Períodos de Espera, excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen coberturas en las cuales no opera el reconocimiento de antigüedad bajo ninguna circunstancia.

La Antigüedad reconocida para cada Asegurado será indicada en la Carátula de Póliza. Para otorgar el reconocimiento de antigüedad, se requiere que el período mínimo transcurrido en la Póliza inmediata anterior sea de al menos doce (12) meses. Para reconocer un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o Contratante deberá comprobar a Plan Seguro que durante ese periodo la(s) Prima(s) de la(s) Póliza(s) fue(ron) pagada(s).

ASEGURADO (A). Persona expuesta a cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierto por esta Póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

ATENCIÓN FISIOLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO. Primeras atenciones médicas que recibe el Recién Nacido para adaptarse a la vida extrauterina.

CAMPAÑA PREVENTIVA. Conjunto de actividades que se realizan en un período de tiempo determinado y están encaminadas a promover la detección oportuna de Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento anticipados pueden prevenir una evolución indeseable.

CÁNCER. Enfermedad que puede comenzar en cualquier parte del cuerpo humano, ocasionada por células anormales o dañadas, las cuales se multiplican de forma descontrolada, invadiendo partes adyacentes y/o propagándose a otros órganos.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA. Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

CIRCUNCISIÓN PROFILÁCTICA. Intervención quirúrgica, mediante la cual se efectúa la extirpación parcial o total del prepucio en recién nacidos o infantes, con el objeto de evitar patologías de tipo infecciosas.

COASEGURO. Cantidad a cargo del Asegurado, resultante de aplicar el porcentaje establecido en la Carátula de Póliza al total de los Gastos Médicos Cubiertos, después de descontar el Deducible. El Coaseguro se aplicará para cada reclamación, incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía Pago Directo.

CONDICIONES GENERALES. 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.

CONTRATANTE. 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 obliga a realizar el pago de las Primas del Seguro en su totalidad y, por tanto, se hace responsable de las declaraciones vertidas en la Solicitud del Seguro, las cuales son la base para la apreciación del riesgo y que dan lugar a la contratación de la Póliza.

CURAS DE REPOSO. Internamientos u hospitalizaciones, las cuales no son necesarias, ya que no cuentan con un diagnóstico o padecimiento establecido y/o respaldado médicamente.

DEDUCIBLE. Cantidad que queda a cargo del Asegurado, establecida en la Carátula de Póliza y cuyo importe ha de superarse para que proceda el pago de un riesgo cubierto, conforme a los términos que se establezcan en el Contrato de Seguro.

DEPORTISTA PROFESIONAL. Persona que se dedica de forma habitual a la práctica de algún deporte a cambio de una retribución monetaria o en especie.

EMERGENCIA MÉDICA. Cuando el Asegurado requiere de atención médica inmediata debido a cualquier alteración órgano-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.

En caso de Emergencia Médica, ésta será cubierta de conformidad con lo señalado en estas Condiciones Generales.

EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO. 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.

ENDOSO. Documento que forma parte del Contrato de Seguro y que modifica las condiciones del mismo. Lo estipulado en un Endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

ENFERMEDAD. 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 un médico titulado con cédula profesional.

Las lesiones corporales, alteraciones o enfermedades producidas como consecuencia directa de las alteraciones 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. Cualquier Enfermedad siempre que sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando no se encuentren excluidas de estas Condiciones Generales o mediante Endosos, y siempre que cumpla con el Período de Espera establecido en caso de aplicar.

Se debe respaldar el diagnóstico a través de estudios realizados y deben ser exhibidos al momento de ingresar la solicitud de pago de la reclamación.

Las lesiones corporales, alteraciones o enfermedades producidas como consecuencia directa de una Enfermedad, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, complicaciones y secuelas, son consideradas como un mismo Siniestro.

ENFERMERA. Persona legalmente autorizada para la práctica de la Enfermería, que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico.

ESTADO DE EBRIEDAD. Intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas, cuando el dictamen emitido por el médico adscrito a cualquier dependencia que intervenga y/o tome conocimiento del hecho motivo de la reclamación presentada, determine que el Asegurado presenta, a través de la aplicación de cualquier otro método reconocido para detectar los niveles de alcohol, existencia de dicha intoxicación.

ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA DE BAJA ESPECIALIDAD. Aquellos estudios de laboratorio, gabinete e imagenología cuyo costo promedio de mercado no excede los diez (10) mil pesos y que son recomendados médicamente para realizar el diagnóstico de un Padecimiento.

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.

EXTRA PRIMA. Cantidad adicional a la Prima neta que el Contratante y/o Asegurado se obliga a pagar a Plan Seguro.

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO. Gasto cuyo monto o valor ha sido fijado entre los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y Plan Seguro, en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los

servicios, a las características de las instalaciones, equipos hospitalarios respectivos, a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

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

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS. Gastos que efectúa 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.

HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA. Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica, la cual se clasifica de acuerdo a un Nivel Hospitalario.

HOSPITALIZACIÓN. Estancia continua del Asegurado, mayor a veinticuatro (24) horas en un Hospital, Sanatorio o Clínica. Dicha estancia comienza a correr a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno a la Institución y concluye con el alta que otorga el Médico Tratante.

INDEMNIZACIÓN. Cantidad que está obligada a pagar Plan Seguro al Asegurado en caso de pago por Reembolso y/o al prestador de servicios en colaboración con Plan Seguro en caso de Pago Directo, a consecuencia de un padecimiento de acuerdo a los límites establecidos en la Carátula de Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos, una vez descontado el Deducible en los casos que opere, y posterior al descuento del Coaseguro correspondiente al plan contratado.

INFORME MÉDICO. Documento elaborado y firmado por el Médico Tratante el cual debe contener antecedentes personales patológicos fechados, signos y síntomas relacionados con el padecimiento, diagnóstico definitivo y etiológico, así como detalle del tratamiento a proporcionar.

INICIO DE COBERTURA. Fecha en que el Asegurado es dado de alta en una Póliza de Plan Seguro. A partir de esta fecha, se determinará el reconocimiento de antigüedad de cada uno de los Asegurados, siempre y cuando haya renovado la Póliza con vigencias sucesivas e ininterrumpidas.

En caso de que el Asegurado se haya dado de alta en una Póliza de Plan Seguro y se haya otorgado el reconocimiento de antigüedad de otra(s) Compañía(s), se considerará como Inicio de Cobertura la fecha a partir de la cual se reconoce la antigüedad, únicamente para efectos de eliminar o reducir los Períodos de Espera de aquellos padecimientos indicados en estas Condiciones Generales, es decir, excepto en los casos en que las Condiciones Generales y/o Endosos establecen que en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad, por lo que si éste decide contratar en el futuro su Póliza 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.

INTERÉS ASEGURABLE. Interés económico y lícito que existe entre el Contratante y el (los) Asegurado(s) amparado(s) por la Póliza.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. Equipo, material y/o elementos que se pueden utilizar para suplir, ayudar o restaurar la función original del hueso y/o articulación.

MÉDICO. Persona que ejerce la Medicina y se encuentra legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la Medicina y que cuenta con los conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con certificación vigente por parte del Consejo Médico correspondiente.

MÉDICO SUBESPECIALISTA. Médico especialista, legalmente autorizado para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente, con un grado superior de estudios al de Médico Especialista.

MÉDICO TRATANTE. Persona que ejerce la Medicina y legalmente autorizada para la práctica de su profesión, que brinda control y tratamiento al Asegurado.

MÉDICOS Y HOSPITALES EN CONVENIO CON PLAN SEGURO. Prestadores que proporcionan los servicios de salud a quienes se identifican como Asegurados de Plan Seguro, relacionados con las coberturas contratadas a través de su Póliza de Seguro, dichos prestadores podrán ser consultados por el Asegurado en la página web www.planseguro.com.mx, accediendo al apartado *Directorio médico y hospitalario*, en el que se muestra el listado de médicos y hospitales en convenio con Plan Seguro.

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

NIVEL HOSPITALARIO. Clasificación económica de los Hospitales, Sanatorios o Clínicas. El Nivel Hospitalario correspondiente al Contrato de Seguro contratado se encuentra visible en la Carátula de Póliza.

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 quince (15) días desde su fecha de expedición.

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

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

PADECIMIENTO CONGÉNITO. Padecimiento con el que se nace como consecuencia de trastornos producidos durante la gestación, consistentes en alteraciones anatómicas, fisiológicas o por Parto Prematuro, 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.

PADECIMIENTO DE PRIMER NIVEL. Padecimiento que no pone en riesgo la vida del paciente ni requiere de atención médica urgente y se atiende mediante servicios médicos ambulatorios ya sea a través de consultas con Médico general, estudios de imagen o laboratorio básicos o de baja especialidad.

PADECIMIENTO EXCLUIDO MEDIANTE ENDOSO. Padecimiento excluido, así como sus complicaciones y/o secuelas, por estar relacionado con un Padecimiento declarado en la Solicitud de Seguro o cuestionario médico. Dicha exclusión constará a través de un Endoso el cual formará parte integrante de la Póliza contratada.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. Padecimientos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la Cobertura en Plan Seguro encontrándose o no declarados en el cuestionario médico.

Plan Seguro, sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento o Enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando Plan Seguro cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

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

El procedimiento de arbitraje estará regido por la persona designada de común acuerdo por ambas partes, quien deberá estar acreditada para actuar como árbitro y ante la cual se firmará un convenio arbitral. En dicho procedimiento arbitral las partes podrán ofrecer las pruebas periciales pertinentes para acreditar o no la preexistencia. Asimismo, en caso de controversia entre los resultados de los peritajes ofrecidos, se designará de común acuerdo a un tercer perito en discordia, quien emitirá su propio peritaje y cuyos resultados serán vinculados para efectos del procedimiento arbitral. En todo caso, el Asegurado estará en completa disposición de que puedan practicarse los exámenes médicos pertinentes para determinar objetivamente si existe o no preexistencia.

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

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

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Padecimientos Preexistentes dados a conocer por el Asegurado y/o Contratante 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. Para efecto de pago de Honorarios Médicos en esta forma de pago se aplicará conforme a la negociación realizada entre Plan Seguro y el Médico en convenio.

El procedimiento de Pago Directo es una forma adicional que ofrece Plan Seguro al Asegurado, para el pago de los gastos médicos erogados, sin que por ello quede obligado a realizarlo.

Cuando la Póliza se encuentra en Período de Gracia, este procedimiento no opera.

PAGO POR REEMBOLSO. Pago que realiza Plan Seguro de los gastos erogados procedentes, relacionados directamente con el Accidente y/o Enfermedad cubierta de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos contratada, Condiciones Generales y/o Endosos generales o específicos.

PARTO. Expulsión de un(os) feto(s) maduro(s) y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

PARTO PREMATURO. Obtención de todo recién nacido por Parto o cesárea antes de la semana treinta y siete (37) de la gestación.

PERIODO DE BENEFICIO. Plazo contado a partir de la fecha en que el Contrato cesa efectos por falta

de pago o al término de la vigencia, durante el cual se pagarán los gastos erogados por concepto de padecimientos iniciados en la vigencia de la Póliza con Plan Seguro.

PERIODO DE ESPERA. Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado, a fin de que los Padecimientos con Periodo de Espera puedan ser cubiertos por el Seguro, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran durante dicho periodo.

PRIMA NETA COBRADA NO DEVENGADA. Proporción de la Prima neta cobrada que no ha sido expuesta al riesgo en función de la temporalidad.

PROCEDIMIENTO AMBULATORIO. Atención médica que no requiere de hospitalización mayor o igual a veinticuatro (24) horas.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS. 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 la autorización o rechazo del trámite correspondiente.

PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS. Extensión artificial que reemplaza o provee una parte faltante del cuerpo cumpliendo casi la misma función que un miembro natural.

RECIÉN NACIDO O NEONATO. Niño(a) que se encuentra dentro de los primeros veintiocho (28) días de haber nacido.

RECLAMACIÓN. Aviso o comunicación que hace el Asegurado a Plan Seguro, informando que ha acontecido el hecho previsto en el Contrato de Seguro.

SIGNO. Manifestaciones que se detectan objetivamente mediante una exploración médica que indican que una persona tiene un Padecimiento.

SINIESTRO. Acontecimiento o hecho previsto en el Contrato de Seguro.

SÍNTOMA. Referencia subjetiva que da una persona sobre su estado de salud por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo.

SOLICITUD DE SEGURO. Documento que forma parte del Contrato, el cual es llenado y firmado por el Contratante y/o Asegurado, indispensable para la valoración del riesgo a contratar y para la emisión de la Póliza.

SUMA ASEGURADA. Cantidad máxima que Plan Seguro pagará por Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales, Endosos y/o Carátula, durante la vida de la Póliza.

La Suma Asegurada quedará fija y establecida desde la fecha en que se erogue el primer gasto comprobable, aun cuando su importe sea menor al Deducible, siempre y cuando este Padecimiento, Cobertura o concepto haya iniciado durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia. Para cada gasto procedente por un mismo Accidente y/o Enfermedad cubierta, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por ese mismo Accidente y/o Enfermedad, cobertura o concepto, nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada. Estos criterios operarán durante el Periodo de Beneficio.

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 originó el padecimiento.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS. Relación del monto o porcentaje máximo establecido para cada procedimiento médico quirúrgico a consecuencia de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta y al tabulador de honorarios contratado y estipulado en su Carátula de Póliza. Aplica en el Pago por Reembolso.

La Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos y sus actualizaciones se le entregan al Asegurado como parte de la documentación que se le hace llegar en la compra de su Póliza o en el momento de su renovación. Adicionalmente los podrá conocer mediante nuestro portal web — o aplicación “Plan Seguro ContiGo”.

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. Cantidad máxima a cargo del Asegurado por cada Accidente y/o Enfermedad cubierta, misma que quedará indicada en la Carátula de la Póliza.

TRASLADO. Desplazamiento del Asegurado a un Hospital, Sanatorio o Clínica proporcionado por servicios profesionales de ambulancia contratado por Plan Seguro para prestar dicha cobertura.

UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM). Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

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

UNITED STATES DOLLAR (USD). Referencia a la denominación específica de la moneda de los Estados Unidos de América, United States Dollar o Dólar Estadounidense (USD).

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

2. COBERTURAS BÁSICAS

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta e iniciada, 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, ajustándose a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales.

Para requerir cualquier servicio, deberá presentar la credencial que lo acredita como Asegurado de Plan Seguro y una identificación oficial con fotografía, **excepto para los menores de edad**.

La Vigencia de la Póliza se conserva en la medida en que se cubre el pago de la Prima en los términos pactados en este Contrato, con motivo de su concertación.

2.1. COBERTURAS AMBULATORIAS

2.1.1. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por honorarios de consultas médicas en consultorio, hospitalarias o en domicilio con motivo de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, quedando amparados con un máximo de una (1) consulta por día y hasta el límite indicado en el Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

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

También se cubren los gastos erogados por el Asegurado por Consultas de Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas en convenio con Plan Seguro. El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General, Especialista o Subespecialista sin que exista alguna restricción en ese sentido y las opciones de acceso a este beneficio serán las siguientes:

1. **Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas** en convenio con Plan Seguro. En caso de que se desee asistir con un Médico en convenio con Plan Seguro, se realizará mediante la obtención de un pase médico, mismo que se encontrará disponible en la siguiente liga: <https://asegurado.planseguro.com.mx/> o se podrá obtener vía Whatsapp al número 55 4011 9561. Para esta cobertura aplica el coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza por consulta.

En caso de asistir a un Nivel Hospitalario que pertenezca a un Nivel Hospitalario mayor al contratado, deberá pagar el Coaseguro que le corresponde a su Nivel Hospitalario, más la diferencia del costo de la Consulta del Nivel Hospitalario elegido. El Tabulador de Consultas Médicas Ambulatorias y su actualización está disponible mediante nuestro portal web www.planseguro.com.mx

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

2. **Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas** sin convenio con Plan Seguro. En caso de que el Asegurado se atienda con Médicos Generales, Especialistas y Subespecialistas sin convenio con Plan Seguro, los gastos erogados serán cubiertos vía reembolso, de acuerdo al Tabulador de Consultas Médicas Ambulatorias de Pago Directo establecido para esta cobertura y conforme al Nivel Hospitalario contratado. Para esta cobertura aplica el Coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza por consulta.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

3. **Médico General a domicilio.** Se incluye concertación de cita con Médicos generales, en caso de Accidente y/o Enfermedad, cubriendo los primeros \$400.00 (Cuatrocientos Pesos 00/100 M.N.) directo con el Médico, sin límite en el número de concertación de citas. Aplica en lugares donde los Médicos estén en posibilidad de asistir.

Este costo no aplica para consultas a domicilio de médico general por COVID o sospecha de COVID.

En caso de requerir la visita del Médico general por COVID o sospecha de COVID, el costo de la atención será a cuenta del Asegurado.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

EXCLUSIONES DEL MÉDICO A DOMICILIO

- a) Consultas con Médicos Especialistas y Subespecialistas.**
- b) Si el evento no es notificado y autorizado por Plan Seguro.**
- c) El pago de los medicamentos que le sean prescritos en la consulta.**
- d) El envío de Médico a domicilio por Emergencias Médicas.**
- e) El envío de Médico a domicilio a clínicas, hospitales, o cualquier centro que brinde estos servicios.**

4. Médico General por Videollamada. En caso de que el Asegurado requiera de una orientación o asesoría con un Médico general, podrá recurrir al beneficio de videoconsultas, el cual se realizará por videollamada. Este beneficio se extiende para afecciones psicológicas y nutricionales. Asimismo, se otorga asesoría por chat para resolución de dudas específicas relacionadas con la videoconsulta realizada con anterioridad.

- Para la asesoría u orientación médica general, el servicio es ilimitado y únicamente para padecimientos de primer nivel de atención, como son la promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Este servicio de asesoría médica se presta de manera ininterrumpida, las veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, incluyendo días festivos y no laborables.
- La asesoría u orientación psicológica y nutricional se otorga máximo una (1) sesión al día para cada servicio, previa cita, y en un horario de 9:00 a 17:00 hrs de lunes a viernes.

Se realizará un informe Médico el cual estará disponible para consulta del Asegurado en el portal de servicio. En caso de requerirse, se proporcionará receta médica para comenzar tratamiento del paciente, en la cual se incluyen los datos del doctor que lo atendió.

En caso de solicitarlo el Asegurado, se podrá ofrecer el servicio de surtido de la receta médica con el costo de los medicamentos a cargo del Asegurado. Para tener acceso a estos servicios, el Asegurado deberá registrarse en la plataforma a través de la página web www.planseguro.com.mx.

En caso de que el Asegurado se refiera al prestador de servicios de manera irrespetuosa, podrá ser suspendido del servicio.

EXCLUSIONES DEL MÉDICO GENERAL POR VIDEOLLAMADA

- a) Asesoría u orientación médica de especialidad o subespecialidad.**
- b) Asesoría u orientación médica en caso de Emergencias Médicas.**

2.1.2. LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA

Se cubren los gastos erogados por el Asegurado correspondientes a Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Gabinete que se enlistan a continuación:

1. 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.
- Coproparasitoscópio (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.

2. 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.** Se deben realizar en forma ambulatoria en Hospitales, Clínicas y Sanatorios en convenio con Plan Seguro, siempre y cuando sean indicados por el Médico Tratante y se debe entregar a Plan Seguro el Informe Médico preliminar debidamente requisitado y/o receta del Médico Tratante.

3. Se cubren los gastos erogados por el Asegurado respecto a estudios de Tomografía Axial Computarizada Simple y/o Contrastada, siempre que sean indicados por el Médico Tratante mediante Informe Médico

En consecuencia, si el diagnóstico emitido con motivo del estudio, refiere que se trata de un padecimiento omitido, preexistente o no cumple con el Período de Espera estipulado en estas Condiciones Generales, Plan Seguro queda liberado de cubrir cualquier gasto subsecuente con relación al mismo.

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 el Coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza.

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes correspondientes a un Nivel Hospitalario más alto que el contratado, se aplicará un Coaseguro adicional de quince (15) puntos porcentuales por cada nivel subsecuente.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el control del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.**
- b) Consultas estudios y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.**
- c) Consultas, estudios o tratamientos para control de peso y de carácter estético.**
- d) Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación.**
- e) Estudios de alta especialidad.**
- f) Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.**
- g) Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados con proveedores sin convenio con Plan Seguro.**
- h) Revisión Médica Preventiva que se realice en Hospitales, Clínicas y Sanatorios sin convenio con Plan Seguro.**
- i) Estudios y/o pruebas especializadas de diagnóstico molecular en cáncer.**

2.2. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS

2.2.1. AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA

Se cubren vía Reembolso los gastos erogados del traslado del Asegurado en ambulancia aérea a consecuencia de una Emergencia Médica por un padecimiento cubierto, cuando el Asegurado requiera atención hospitalaria y en la localidad no se cuente con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención y el Médico Tratante recomienda el traslado del Asegurado.

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 de veinte (20) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado, no importando que la causa sea por Accidente y/o Enfermedad.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente, en caso de haberlas contratado.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Cuando la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas no autorice que se realice el traslado.**
- b) Traslados fuera de territorio nacional.**

2.2.2. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Se cubren los gastos de transporte en Ambulancia Terrestre, siempre y cuando sea médicamente indispensable para el traslado del Asegurado derivado de un Accidente y/o Enfermedad cubiertos. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada, debiendo pagar el Deducible y Coaseguro de diez (10) puntos porcentuales, no importando que la causa sea por Accidente y/o Enfermedad.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente, en caso de haberlas contratado.

2.2.3. CONSULTAS MÉDICAS

Se cubren los honorarios por consultas médicas en consultorio, hospitalarias o en domicilio con motivo de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, quedando amparados con un máximo de una (1) consulta por día y hasta el límite indicado en el Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

Las consultas médicas a domicilio operan únicamente vía Reembolso y se deberá anexar el informe del Médico Tratante.

2.2.4. CONSUMO DE OXÍGENO

Se cubren los gastos por Consumo de Oxígeno, siempre que sea necesario para el tratamiento del padecimiento cubierto, ya sea dentro o fuera del Hospital.

2.2.5. DAÑO PSIQUIÁTRICO

Se cubre el tratamiento psiquiátrico, siempre y cuando con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico Psiquiatra, el Asegurado lo requiera única y exclusivamente a consecuencia de las siguientes Enfermedades cubiertas: Cáncer de cualquier tipo, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Además, se cubre el tratamiento psiquiátrico si mediante la presentación de la denuncia iniciada ante el Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos: Asalto y/o robo con violencia, secuestro o violación.

Los gastos cubiertos del tratamiento psiquiátrico son:

- a) Honorarios Médicos Quirúrgicos del Médico Psiquiatra de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, como consulta con un especialista por un máximo de veinticuatro (24) consultas durante un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta por cualquiera de los eventos mencionados en los párrafos anteriores.
- b) Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, siempre que sean prescritos por el Médico Psiquiatra.

Esta Cobertura está amparada únicamente dentro del Territorio Nacional de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, aplicando el Deducible y Coaseguro contratados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Los padecimientos preexistentes declarados o las complicaciones o secuelas de estos.**
- b) 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.**
- c) Los Honorarios Médicos Quirúrgicos y los medicamentos necesarios cuando el tratamiento psiquiátrico no sea consecuencia de los eventos mencionados en la presente Cobertura.**

2.2.6. DENTAL BÁSICO

Este plan ofrece acceso a servicios dentales en el territorio nacional a través de un prestador. Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico
2 Limpiezas (flúor opcional)
1 Serie radiográfica de 18 (Rx)

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Tratamientos no especificados en este plan.

2.2.7. BIOMETRÍA FACIAL

Se otorga el acceso a una herramienta digital que permite, brindar una puntuación general de salud basándose en los siguientes indicadores:

- Frecuencia Cardíaca (lpm)
- Respiración (RPM)
- Presión sanguínea sistólica y diastólica (mmHg)
- Variabilidad de la frecuencia cardíaca (ms)
- Ritmo cardíaco (db)
- Índice de estrés
- Índice de masa corporal (kg/m2)
- Relación cintura-altura
- Índice de forma corporal
- Edad de piel facial

El servicio es sin límite en el número de eventos en la Vigencia de la Póliza y por Asegurado, mismo que se deberá comunicar al número 55 9595 0000 para solicitar el acceso o bien, consultar la página web www.planseguro.com.mx.

Esta es una herramienta de apoyo al diagnóstico mas no brinda diagnósticos avalados por Médico alguno, por lo que la interpretación de resultados debe ser realizada por un Médico.

El uso de esta herramienta no obliga a Plan Seguro a cubrir el padecimiento que llegue a detectarse por este medio, ya que dicha cobertura, queda sujeta a lo establecido por estas Condiciones Generales.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Servicios no especificados en este plan.

2.2.8. DEPORTES PELIGROSOS

Se cubren los gastos erogados a consecuencia de la **práctica ocasional** o vacacional de los siguientes deportes peligrosos:

- Alpinismo
- Box
- Buceo
- Cacería
- Espeleología
- Esquí

- Go karts
- Lucha grecorromana
- Lucha libre
- Montañismo
- Motociclismo
- Paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo
- Rappel
- Tauromaquia

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Gastos erogados a consecuencia de la práctica ocasional del motociclismo cuando no se haya declarado en la Solicitud de Seguro.**
- b) 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 o vacacional.**
- c) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de un deporte cuando se practique de manera amateur o profesional.**
- d) Accidentes por el uso de motocicleta como herramienta de trabajo o para el desarrollo de su trabajo.**

2.2.9. ACCIDENTE DE RODILLA

Si el accidente de rodilla ocurre dentro de los primeros veinticuatro (24) meses de cobertura en la presente póliza, quedará a cargo del Asegurado el Deducible estipulado en la Carátula de Póliza, y un Coaseguro de 50 % con un Tope Máximo de Coaseguro equivalente al estipulado en la Carátula de la Póliza adicionando un 50 %.

Transcurrido este periodo de veinticuatro (24) meses de cobertura, aplicará el Coaseguro y Tope Máximo de Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza.

En este caso no se aplicará la disminución de Deducible y Coaseguro descritos en el apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación. Asimismo, no aplica la Eliminación de Coaseguro por Accidente.

No aplica el reconocimiento de antigüedad de otras Compañías.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio necesario para acreditar el siniestro.

2.2.10. GASTOS HOSPITALARIOS

Se cubren los gastos dentro del Hospital por los siguientes conceptos, siempre que sean necesarios para la atención del Asegurado a causa de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, hasta la Suma Asegurada contratada:

- a) Habitación privada estándar y alimentos.
- b) Atención general de Enfermeras.
- c) Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones con sus correspondientes equipos.

- d) Gastos generados por el uso de aparatos de Endoscopia, Colonoscopia, Artroscopia, Laparoscopia y Electrofisiología siempre y cuando sean facturados a través del Hospital.
- e) Por la estancia en el área de Terapia Intensiva incluyendo los Honorarios Médicos Quirúrgicos y los gastos erogados por el padecimiento cubierto. Serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada o hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero.
- f) 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 del Nivel de Hospitales correspondiente a su Plan contratado, y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor, además del Coaseguro contratado, pagará quince (15) puntos porcentuales adicionales sobre los gastos cubiertos. Lo anterior aplicará tanto por Enfermedad como por Accidente, independientemente de que el Médico y el Hospital tengan o no convenio con Plan Seguro. Además, no aplica el Tope Máximo de Coaseguro.

2.2.11. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

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

De acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos 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, atenciones y procedimientos realizados que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos se valuarán por similitud a los comprendidos en ésta.

Cuando en una misma sesión quirúrgica el mismo cirujano practique dos (2) o más operaciones en una misma incisión, se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando los porcentajes estipulados en la Tabla de Honorarios Médicos 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 50 % de lo estipulado en el Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos. Si se requiere la intervención de otro Cirujano, los honorarios de éste serán cubiertos al 100 % de lo marcado en dicha Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos.

Si hubiera necesidad de un nuevo procedimiento quirúrgico, 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 (2) 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 Médicos Quirúrgicos para cada cirujano en forma individual.

2.2.12. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO

Se cubren los Honorarios del Anestesiólogo hasta treinta (30) puntos porcentuales de los Honorarios que Plan Seguro pague al cirujano.

2.2.13. HONORARIOS DE AYUDANTE

Se cubren los honorarios de los Ayudantes, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Primer Ayudante: Hasta veinte (20) puntos porcentuales de los honorarios que Plan Seguro pague al cirujano.
- b) Segundo Ayudante: Hasta diez (10) puntos porcentuales de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

2.2.14. HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA

Se cubren los honorarios del Instrumentista únicamente para intervenciones cardiovasculares que requieran bomba extracorpórea hasta cuatro (4) puntos porcentuales de los honorarios que Plan Seguro pague al cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

2.2.15. HONORARIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO

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

2.2.16. CIRUGÍAS ASISTIDAS POR ROBOT

La Compañía cubrirá únicamente las cirugías asistidas por robot, siempre que se cumpla con los Periodos de Espera establecidos y el procedimiento sea médicamente necesario.

Para esta cobertura se tendrá una suma asegurada de hasta 100 (cien) UMAM por procedimiento, el cual aplica exclusivamente para el costo del uso del equipo robótico y los conceptos directamente asociados, tales como:

- Uso o renta del sistema robótico.
- Asistencia técnica especializada.
- Consumibles específicos del robot (en caso de estar desglosados)

Los demás gastos médicos relacionados con la intervención quirúrgica (hospitalización, honorarios médicos, estudios pre y postoperatorios, medicamentos, etc.) se cubrirán conforme a las condiciones generales del plan contratado.

Esta cobertura podrá ejercerse una vez por vigencia y únicamente cuando el procedimiento cumpla con los protocolos médicos vigentes establecidos conforme a la normatividad aplicable, en cuyo caso el Asegurado deberá proporcionar a Plan Seguro la Carta de Aceptación del Comité de Ética/Robótica.

En caso de Accidente o Emergencia Médica, no aplicará periodo de espera para esta cobertura.

2.2.17. LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA

Se cubren los análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro indispensable para el tratamiento o seguimiento de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, siempre que sea prescrito por el Médico Tratante y que se refiera o tenga relación directa con el Padecimiento que se está tratando.

Estos gastos se cubren vía reembolso, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes co-

rrrespondientes a un Nivel Hospitalario más alto que el contratado, se aplicará un Coaseguro de quince (15) puntos porcentuales.

2.2.18. MEDICAMENTOS

Se cubren los siguientes gastos de medicamentos:

- a) Consumidos dentro del Hospital y que tengan relación directa con el Accidente y/o Enfermedad cubierta.
- b) Adquiridos fuera del Hospital o Sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante y se anexe la factura original de la farmacia, la receta expedida por el Médico Tratante y tenga relación directa con el Accidente y/o Enfermedad cubierta.

Para el caso de medicamentos comercializados en el extranjero, Plan Seguro no se encuentra facultado para la compra e importación de estos.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Medicamentos o insumos que no cumplan con la normatividad establecida.
- b) Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado y/o Contratante, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta para público general en farmacias y establecimientos.

2.2.19. OZONOTERAPIA

Se cubren hasta veinte (20) sesiones por Padecimiento indicado en la Carátula de la Póliza, con tope de Suma Asegurada de una (1) UMAM máxima por cada sesión.

2.2.20. ACCIDENTES DE NARIZ O SENOS PARANASALES

Se cubren los gastos erogados por tratamientos médicos y quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales a consecuencia de un accidente, siempre y cuando el Asegurado presente los estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como la documentación médica que acredite la atención que recibieron.

Esta cobertura operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y con Coaseguro de cincuenta (50) puntos porcentuales.

2.2.21. ATENCIONES DE CORTA ESTANCIA

Se cubren todos los tratamientos médicos quirúrgicos en áreas de corta estancia o en hospitalización menor o igual a veinticuatro (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 Póliza.

2.2.22. PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL

Se cubren los gastos que resulten del uso, renta y/o colocación de los conceptos enlistados que se requieran a causa de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, hasta la Suma Asegurada contratada o hasta la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza, lo que sea menor aplicando el Coaseguro establecido en la Póliza, **excepto en caso de accidente:**

- Endoprótesis (Stent).
- Injertos.
- Marcapasos.
- Material de osteosíntesis.

- Neuroestimuladores.
- Prótesis.
- Prótesis dental a consecuencia de un Accidente.
- Prótesis valvular cardíaca.
- Renta o compra (esta última previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, u otros aparatos semejantes).

Los límites establecidos para esta Cobertura, serán amparados por Padecimiento y serán reinstalables en cada vigencia de la Póliza.

2.2.23. QUIROPRÁCTICOS

Se cubren los tratamientos realizados por quiroprácticos con cédula profesional hasta veinte (20) consultas por Accidente y/o Enfermedad cubierta, vía reembolso y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

2.2.24. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Se cubren las sesiones de rehabilitación y fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el Médico Tratante con un máximo de seis (6) meses o sesenta (60) sesiones por Padecimiento, lo que ocurra primero. Para el caso de Padecimientos Congénitos se cubrirán con un máximo de seis (6) meses o noventa (90) sesiones, lo que ocurra primero.

El pago que por este concepto resulte procedente se realizará vía reembolso de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada.

2.2.25. TRANSFUSIONES Y APLICACIONES

Se cubren para el Asegurado las transfusiones de sangre y sus hemoderivados que sean necesarios para el tratamiento del Accidente y/o Enfermedad cubierta.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

a) Los gastos erogados por el donador.

b) 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).

2.2.26. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se cubren los gastos erogados del receptor hasta la Suma Asegurada contratada de la Póliza, aplicando Deducible y Coaseguro contratados.

Se cubren los gastos erogados del donante en el acto quirúrgico de la donación por trasplante de órganos, las pruebas de compatibilidad del donante definitivo, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de doscientos (200) UMAM, afectando la Póliza del receptor.

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

- a) Corazón
- b) Pulmón
- c) Hígado
- d) Riñón
- e) Médula ósea

Si se trata de un donador cadavérico, se cubrirán únicamente los gastos por el resguardo y traslado del órgano, vía reembolso.

Quedan cubiertos los trasplantes de célula madre para tratamientos de leucemia, linfomas y enfermedades hematopoyéticas, de acuerdo a las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network, **siempre y cuando no sean considerados experimentales (no aprobadas por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano).**

De acuerdo a la Ley Mexicana, la donación de órganos, tejidos y células son altruistas por lo que la Compañía no compra órganos, tejidos, ni células.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Los gastos por complicaciones y/o secuelas para el donador.**
- b) Los gastos pre y post-quirúrgicos como: 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 el mismo reciba.**
- c) Los gastos de los candidatos a donación.**
- d) El Asegurado deberá cumplir con el protocolo para el trasplante, apegándose a lo establecido por el Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud (CENATRA), debiendo acreditar a Plan Seguro, su cumplimiento, de lo contrario, no serán cubiertos los gastos erogados por Trasplante de ningún tipo.**

2.2.27. TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

Se cubren los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia a consecuencia de una Enfermedad cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, siempre que sean necesarios e indicados por el Médico Tratante.

2.2.28. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE

Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten estudios diagnósticos donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de veinticuatro (24) UMAM y al momento del tratamiento.

No aplica Deducible ni Coaseguro.

2.2.29. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

Se cubren los gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**, hasta la Suma Asegurada de la Póliza, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y que resulten indispensables para la recuperación de la función. Se requiere que el Asegurado presente estudios, diagnósticos y fotografías donde se haga constar el daño causado.

2.2.30. ALIMENTACIÓN PARENTERAL

Se cubre la alimentación parenteral hasta un límite de sesenta (60) días por Accidente y/o Enfermedad cubierta.

2.2.31. CÁMARA HIPERBÁRICA

Se cubren vía reembolso los gastos por concepto de cámara hiperbárica hasta diez (10) sesiones por Accidente y/o Enfermedad cubierta con un Coaseguro de cuarenta (40) puntos porcentuales para cada sesión, siempre y cuando estén indicadas por el Médico Tratante y **que no se realicen con fines estéticos**.

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

2.2.32. CIRCUNCISIÓN

Se cubren los gastos erogados hasta el límite de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza, por concepto de circuncisión profiláctica sin aplicar Deducible ni Coaseguro. Será cubierta únicamente para los nacidos durante la vigencia de la Póliza que se hayan dado de alta conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

2.2.33. EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se cubren los equipos externos para aplicación de medicamentos, previa autorización de Plan Seguro.

2.2.34. 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.

2.2.35. CIRUGÍA PROFILÁCTICA

Se cubren los gastos por cirugía profiláctica para cáncer de mama, siempre y cuando el órgano contralateral haya sido diagnosticado con cáncer y éste haya sido cubierto por Plan Seguro.

2.2.36. HOMEÓPATAS

Se cubren vía Reembolso, los honorarios por consultas de homeópatas con cédula profesional en consultorio con un máximo de una (1) consulta por día y hasta quince (15) consultas por vigencia, con un límite de 0.3 UMAM por consulta a causa de un Accidente y/o Enfermedad cubierta.

2.2.37. 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.

2.2.38. 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 apartado Gastos Cubiertos con Periodos de Espera después de transcurridos cuarenta y ocho meses de vigencia.

2.2.39. PTOSIS PALPEBRAL

Se cubre el tratamiento médico y/o quirúrgico con el fin de corregir la ptosis palpebral, previa valoración y autorización por Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

a) Cuando se trate de un procedimiento estético.

2.2.40. TOXINA BOTULÍNICA

Se cubre el uso de toxina botulínica, así como su aplicación con fines terapéuticos, previa valoración y autorización por Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

a) Cuando se trate de un procedimiento estético.

2.2.41. VACUNAS

Se encuentran cubiertas vía reembolso las siguientes vacunas a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta siempre y cuando se requieran para cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico, sean prescritas por el Médico Tratante y se anexe la receta expedida por el Médico:

- a Vacunas antirrábicas.
- b Vacunas de tipo inmuno alérgicas así como de desensibilización inmunológica.

Ambos tipos de vacunas estarán cubiertas hasta un tope de Suma Asegurada señalada en la Carátula de Póliza por Asegurado, por vigencia.

No aplica Deducible ni Coaseguro.

2.3. GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA

2.3.1. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ MESES

Se cubren, a partir de los diez meses cumplidos de cobertura continua en Plan Seguro, los gastos resultantes de:

ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS

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

Siempre que sea indicado por el Médico Tratante y esté en riesgo la vida o integridad de la Asegurada con un límite de Suma Asegurada señalada en la Carátula de Póliza, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

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

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO

Se cubren los gastos erogados únicamente para las complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio de la Asegurada enunciadas a continuación, hasta la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la Póliza, incluyendo los honorarios de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos que corresponda, aplicando el Deducible y el Coaseguro contratados:

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

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

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- b) Las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos para infertilidad o esterilidad**

PARTO Y CESÁREA

Se cubren los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del hospital, incluyendo los honorarios de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos que corresponda, sin aplicar Deducible y Coaseguro, hasta la Suma Asegurada señalada en la Carátula de Póliza, a consecuencia del parto o cesárea dentro del territorio nacional o en el extranjero, si esta cuenta con la cobertura opcional con

costo Cobertura de Atención Médica en el Extranjero, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del Evento.

En caso de contratación de la cobertura Atención Médica en el Extranjero, se cubren sólo vía reembolso. Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Gastos anteriores o posteriores al parto o cesárea, tales como consultas médicas, medicamentos, cualquier tipo de estudios y/o procedimientos etc., excepto los mencionados como complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio.**

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Se cubren los gastos erogados por padecimientos congénitos para los menores nacidos durante la vigencia de la Póliza siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se hayan dado de alta los recién nacidos conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

En caso de que no se cumpla con lo antes mencionado, no se otorgará esta cobertura. Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

2.3.2. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE MESES

Se cubren los gastos que se eroguen después de transcurridos doce (12) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos:

- Amigdalectomía y adenoidectomía.
- Eventraciones, hernias de cualquier tipo, hemorroides, cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis, litiasis en vesícula y/o vías biliares.
- Insuficiencia venosa periférica y profunda, varicocele y várices de miembros inferiores.
- Cálculos de riñón y/o vías urinarias.
- Litiasis renoureteral.
- Padecimientos prostáticos **(exceptuando lo especificado en gastos cubiertos después de los veinticuatro meses).**
- Enfermedad ácido péptica (gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico).
- Enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon.
- Padecimientos de nariz o senos paranasales derivados de una Enfermedad. Se cubren los tratamientos médicos y quirúrgicos hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro de cincuenta (50) puntos porcentuales, para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología previamente a la cirugía.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente, en caso de haberlas contratado.

- Lipomas de cualquier región.

- Tumores, **excepto lo indicado en estas Condiciones Generales.**
- Osteoporosis hasta diecisiete (17) UMAM por vigencia, **no aplica Deducible ni Coaseguro.**
- Cirugía refractiva para corregir los problemas de miopía, astigmatismo, presbiopía o hipermetropía.
- Se cubren los gastos médicos erogados por cirugía refractiva hasta siete (7) UMAM **sin Deducible ni Coaseguro**, siempre que el Asegurado tenga una deficiencia visual mayor o igual a cinco (5) dioptrías en cada ojo, previa presentación de los estudios avalados por un Médico Oftalmólogo que confirmen dicha deficiencia, sujeto a aprobación de la Dirección Médica quien podrá solicitar una segunda opinión médica con el médico que Plan Seguro determine.

En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.

Esta Cobertura se otorga por única vez durante la vida del Asegurado independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos.

Para los procedimientos y padecimientos previamente señalados, no aplica el Periodo de Espera siempre y cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica.

Para estas Coberturas previamente estipuladas, sí aplica Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

2.3.3. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS VEINTICUATRO MESES

Se cubren los gastos que se eroguen después de transcurridos veinticuatro (24) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos y/o padecimientos que se enlistan a continuación:

- Padecimientos prostáticos.
- Cataratas.
- Padecimientos relacionados con el piso perineal.
- Hallux valgus (juanetes).
- Prolapsos de cualquier tipo.
- Padecimientos ginecológicos.
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral.
- Cáncer:

En caso de que el asegurado presente **síntomas o diagnóstico** relacionado con **cáncer** dentro de los primeros **ciento ochenta (180) días** de vigencia de la póliza, el periodo de espera para la cobertura de gastos médicos derivados de dicha enfermedad, se extenderá por un periodo adicional de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha en que se cumplen los primeros 24 meses del inicio de vigencia de la póliza.

- En caso de Enfermedad de rodilla aplicará el Periodo de Espera estipulado en esta cobertura, el Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de Póliza, y aplica la cláusula de Participación del Asegurado en una Reclamación.

En ningún caso se aplicará la disminución de Deducible y Coaseguro descritas en el apartado de Participación del Asegurado en una Reclamación. No aplica la Eliminación de Coaseguro por Accidente.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier estudio necesario para acreditar el Accidente y/o la Enfermedad.

- Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales. Queda cubierto por Reembolso y con previa autorización de la Dirección Médica **(excepto cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica)**.

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

Para los procedimientos y padecimientos previamente señalados, no aplica el Periodo de Espera siempre y cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica.

- Hepatitis C, la suma asegurada que aplica para este Padecimiento es de \$1,000,000 pesos o la Suma Asegurada contratada, la que resulte menor.
- Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, mayores a diez (10) años de edad, siempre y cuando no hayan erogado ningún gasto durante el período de espera estipulado o cuando sus signos o síntomas no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de Alta o de Reconocimiento de Antigüedad del Asegurado en la Póliza la Suma Asegurada que aplica es de \$500,000 pesos.

En caso de que el Asegurado no cuente con los antes mencionados, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.

Para los procedimientos y padecimientos previamente señalados, no aplica el Periodo de Espera siempre y cuando se trate de un Accidente o Emergencia Médica.

Para las siguientes Coberturas, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de ninguna compañía, incluyendo Plan Seguro.

- Se cubren los padecimientos preexistentes declarados en la Solicitud y Cuestionario, siempre y cuando el Asegurado no haya erogado gastos durante el Periodo de Espera mencionado en esta cobertura. En estos casos se evaluarán los padecimientos preexistentes declarados al momento de solicitar la Póliza mediante el llenado de la Solicitud y Cuestionario, en el 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.**

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Se excluyen los padecimientos preexistentes no declarados previamente en la Solicitud y/o Cuestionario.**
- b) Padecimientos cardíacos, accidentes vasculares, diabetes, padecimientos oncológicos, SIDA, enfermedades degenerativas y/o padecimientos neurológicos.**

2.3.4. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO MESES

Se cubren los gastos erogados por la atención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con Periodo de Espera de cuarenta y ocho (48) meses continuos e ininterrumpidos, dicho periodo se verá disminuido o eliminado de acuerdo al periodo de tiempo reconocido por Plan Seguro.

3. ATENCIONES INCLUIDAS

El Asegurado tendrá derecho a utilizar el servicio de diversas atenciones, mismas que se describen a continuación y las cuales para su uso, deberá solicitarlas al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

3.1. ATENCIÓN FUNERARIA

El servicio de atención funeraria brinda la asesoría, gestión y coordinación en el momento de un deceso a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta. Este servicio es proporcionado por un prestador independiente e incluye lo siguiente:

1. Información y orientación sobre el proceso del servicio funerario las veinticuatro (24) horas del día, trescientos sesenta y cinco (365) días del año.
 2. Recolección del cuerpo y primer traslado del lugar del fallecimiento o Servicio Médico Forense a la funeraria, con una distancia máxima de cincuenta (50) km a la redonda. En la Ciudad de México y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey y áreas conurbadas, el traslado se efectuará omitiendo la restricción de cincuenta (50) km.
 3. Arreglo estético y embalsamado del cuerpo.
 4. Facilidades para celebrar servicios religiosos en la sala de velación.
 5. Sala de velación estándar dentro de la red del prestador a nivel nacional, o servicio en el domicilio sin costo adicional.
 6. Segundo traslado de la funeraria o domicilio al cementerio o crematorio.
 7. Orientación tanatológica y de contención vía telefónica, para un familiar del fallecido.
 8. Asesoría telefónica en trámites post mortem: cobro de seguros, cancelación de cuentas, tarjetas bancarias y membresías, baja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y/o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), baja ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), cierre de vida digital.
 9. Pago de derechos en panteones civiles y municipales.
- No incluye adquisición de lotes, nichos, exhumaciones ni trabajos de albañilería.**
10. Trámites de gestoría tales como gestión ante las autoridades del Registro Civil para la obtención del Acta de defunción, trámite y permiso de inhumación o cremación, trámite para obtener el permiso de cremación de parte del juzgado y pago de derechos de cremación. En caso de ser necesario se incluye la gestión y trámites para obtener los permisos de la Secretaría de Salud.
 11. En caso de inhumación, se cubre el servicio de embalsamado.
 12. Ataúd hasta de calibre veintidós (22), metálico o de madera, en caso de inhumación.
 13. Servicio de cremación o inhumación.
 14. Ataúd para velación y urna estándar en caso de cremación.

En caso de celebrarse el servicio funerario en la agencia “Lomas Memorial” / Gabyosso, el servicio funerario contempla un tope de \$20,000.00 pesos. Si el costo rebasa este límite, el excedente deberá ser cubierto por el familiar del fallecido.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

3.2. ATENCIÓN MÉDICA

Las siguientes atenciones serán proporcionadas en los Estados Unidos Mexicanos, para residentes de territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA (atención las 24 horas, los 365 días del año)

A petición del Asegurado, será referido con el prestador del servicio quien le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requiera la presencia de un Médico. Sin límite en el número de orientaciones.

Para esta atención no aplica reembolso

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- a) Diagnóstico médico.**
- b) Receta vía telefónica.**
- c) El costo de medicamentos.**

2. PAGO Y ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE

El Asegurado podrá solicitar el envío de ambulancia hasta dos (2) eventos por año hasta el costo de \$1,500.00 MXN o la distancia de veinte (20) km dentro de la localidad y para los siguientes casos:

- El Asegurado sufra un Accidente y/o Enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.
- Se encuentre en un hospital con falta de infraestructura para su adecuada atención y requiera del traslado de hospital a hospital. El Asegurado debe contar con recomendación médica por escrito.
- Se agote la Suma Asegurada del usuario, y requiera del traslado a un hospital de gobierno. El Asegurado debe contar con carta de agotamiento de Suma Asegurada expedida por Plan Seguro.
- Se encuentra en un hospital de gobierno, y requiera del traslado a un hospital privado. El Asegurado debe contar con recomendación médica por escrito.
- Se tenga indicación médica para traslados por cirugías que impidan la movilidad adecuada.

El servicio de ambulancia será únicamente terrestre y sólo aplica en las localidades donde se cuente con servicio de ambulancia. Si por razones médicas fuera necesario, el traslado se realizará bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada Asegurado quedando a su cargo el costo del servicio.

En caso de que el servicio exceda el límite establecido, el Asegurado deberá pagar la diferencia directamente al prestador del servicio.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- a) Ambulancia por COVID.**
- b) Accidente en carreteras Federales ni Estatales.**

3. REFERENCIA MÉDICA

Se incluye concertación de cita con Médicos generales o especialistas (de todas las especialidades con Médicos en convenio con el prestador) o en un centro hospitalario, en caso de Accidente y/o Enfermedad. Todas las consultas del primer nivel de atención con un costo de \$400 pesos, para el

resto de las especialidades (en convenio con el prestador), el costo correrá a cargo del Asegurado. Sin límite en el número en el número de concertación de citas.

El servicio se brinda en zonas donde haya prestador de servicios y solo con Médicos de la red del prestador.

El costo de la consulta depende de la especialidad y de la zona del consultorio.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Consultas cuando el Asegurado falte a su cita dos (2) veces.

4. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL (atención las 24 horas, los 365 días del año)

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

- Cálculo de peso ideal e índice de masa corporal.
- Diseño de rutinas de ejercicio.
- Orientación en caso de desórdenes alimenticios.
- Recomendación de dietas.
- Referencias con especialistas.
- Referencias de qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

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

No se proporciona diagnóstico.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Recetas de medicamentos.

b) Medicamentos ni suplementos alimenticios.

5. REFERENCIAS NUTRICIONALES

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

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

Para esta atención no aplica reembolso.

6. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA (atención las 24 horas, los 365 días del año)

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

- Enfermedades terminales del Asegurado o de alguno de sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.
- Pérdida por el fallecimiento de alguno de los padres, cónyuge, hijos o hermanos del Asegurado.
- Síntomas sobre desórdenes alimenticios.
- Necesidad de apoyo familiar, de pareja o individual.

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

Esta atención se proporcionará sin límite en el número de llamadas siempre y cuando las causas de la sesión sean distintas y/o transcurra un tiempo razonable para ser tratado nuevamente por la misma causa (al menos seis (6) meses), pero hasta un máximo de veinte (20) minutos cada una, pues pasado dicho tiempo, se le recomendará al Asegurado consultar a un Psicólogo personalmente.

No se emitirá diagnóstico alguno vía telefónica, sino sólo se orientará y recomendará ante situaciones médicas, sin emitir un tratamiento médico ni recetas.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

- a) Gastos originados con motivo de las sesiones o de la orientación telefónica.**
- b) Asesoría cuando el usuario se encuentre en estado agresivo o en estado inconveniente para sostener una conversación.**
- c) Sesiones de seguimiento.**

7. REFERENCIAS PSICOLÓGICAS

A solicitud del Asegurado, se le proporcionarán referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente, para tratamientos de mediano y largo plazo, relacionados con cualquiera de los aspectos mencionados en el inciso anterior. Sin límite de eventos.

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

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

3.3. ATENCIÓN MÉDICA EN VIAJES NACIONAL

Las siguientes atenciones serán proporcionadas en los Estados Unidos Mexicanos, para residentes de territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

1. TOMAS DE MUESTRA DE LABORATORIO CLÍNICO A DOMICILIO

En caso de requerir alguno de los siguientes estudios básicos de laboratorio clínico: Examen General de Orina, Química Sanguínea y/o Biometría Hemática, por Accidente o Enfermedad, durante un viaje en territorio nacional, podrá realizarse la toma de muestras en el domicilio donde se encuentre hospedado el Asegurado.

El costo de los estudios está a cargo del Asegurado y deberán ser realizados con los prestadores de servicios de laboratorios clínicos en convenio a nivel nacional.

Para esta atención no aplica reembolso

2. BOLETO REDONDO PARA UN FAMILIAR

En caso de hospitalización por Accidente del Asegurado, y que el Médico Tratante prevea que su estancia hospitalaria sea superior a cinco (5) días naturales, se gestionará un boleto viaje redondo en clase económica a un familiar directo, ya sea de autobús hasta 500 km de distancia, o bien, en avión si la distancia es mayor a 500 km, desde la ciudad de residencia permanente del familiar directo hasta el lugar de hospitalización del Asegurado, a fin de acudir a su cuidado.

Para esta atención no aplica reembolso.

3. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Después de haber sido dado de alta del hospital y en caso de que el Médico Tratante prescriba reposo absoluto, podrá ser alquilada una habitación estándar en un hotel para que el Asegurado continúe su

periodo de recuperación, limitado a \$1,000.00 MXN más IVA por día, con un máximo de cinco (5) días naturales consecutivos.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Gastos erogados por familiares.

4. REFERENCIA DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Referencia a red de laboratorios clínicos a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

5. REFERENCIA A GABINETES MÉDICOS DE IMAGEN

Referencia a red de gabinetes médicos de imagen a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

6. REFERENCIA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA GENERAL A DOMICILIO

Referencia a red de servicios de enfermería general a domicilio a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

7. REFERENCIA DENTAL POR URGENCIA

Referencia a red de dentistas las veinticuatro (24) horas a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

8. REFERENCIA ÓPTICAS POR EXTRAÍO DE ANTEOJOS

Referencia a red de ópticas a nivel nacional. Los costos de los servicios son a cargo del Asegurado.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

3.4. ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

Las siguientes atenciones serán proporcionadas durante las veinticuatro (24) horas de todos los días del año, a petición del Asegurado llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000.

1. GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de forma repentina durante un viaje y durante el periodo de vigencia de la Póliza, el prestador del servicio gestionará los procedimientos médicos necesarios hasta el límite máximo de cinco (5) mil dólares por año.

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas o rutinarias conocidas como 'Check up'.

b) Gastos médicos y de hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Asegurado.

2. GASTOS DENTALES POR URGENCIA

En el caso de que un Asegurado sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de Urgencia, el prestador del servicio gestionará los procedimientos odontológicos de Urgencia, hasta un máximo de quinientos (500) dólares por año.

Para esta atención no aplica reembolso.

3. TRASLADO MÉDICO

En caso de que un Asegurado sufra un Accidente y/o Enfermedad y que con motivo de la recomendación del equipo médico del prestador del servicio y el Médico Tratante del Asegurado se requiera su hospitalización, el prestador del servicio gestionará:

- Supervisión médica
- El traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o apropiado para el tratamiento del Accidente y/o Enfermedad del Asegurado (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar).

También se incluyen los traslados de un hospital a otro cuando el Asegurado aún no ha sido dado de alta y el hospital de destino haya dado su aprobación para que el Asegurado sea atendido en sus instalaciones.

Si las condiciones médicas permiten el traslado del Asegurado, el equipo médico del prestador del servicio organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al hospital o a su lugar de residencia permanente.

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

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

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

Se incluye con un máximo de dos (2) eventos por año y por Póliza.

Para esta atención no aplica reembolso.

4. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

El prestador del servicio se hará cargo de los gastos para la prolongación de la estancia en un hotel elegido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, siempre que esta prolongación haya sido prescrita por el Médico local y el equipo médico del prestador del servicio.

Este servicio está limitado a cien (100) dólares por día, y con un máximo de cinco (5) días naturales consecutivos por año.

Además, el prestador del servicio gestionará el hospedaje de la persona designada para cuidados del Asegurado, hasta un máximo de cien (100) dólares por día, durante un máximo de cinco (5) días naturales consecutivos por año.

Para esta atención no aplica reembolso.

5. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El prestador del servicio llevará a cabo la obtención de una Segunda Opinión Médica en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, que aporte mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados e internacionalmente aplicables a dicha patología, facilitando consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con centros médicos de primer nivel internacional.

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

Los Servicios de Asistencia no contemplan los gastos por las citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

Cuando a criterio del equipo médico del prestador del servicio, el diagnóstico inicial informado no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica, el prestador del servicio informará por escrito a Plan Seguro el motivo del rechazo.

Para esta atención no aplica reembolso.

6. CONFIRMACIÓN, CORRECCIÓN Y/O RE-CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

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

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

Para esta atención no aplica reembolso.

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

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

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

8. BOLETO PARA UN FAMILIAR

En caso de hospitalización del Asegurado por causa de Accidente y/o Enfermedad cubierta y de que la hospitalización se prevea de una duración superior a diez (10) días naturales, el prestador del servicio gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado, un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado) a fin de acudir a su lado para sus cuidados.

Para esta atención no aplica reembolso.

9. REPATRIACIÓN A DOMICILIO PERMANENTE DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Si el Asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del Médico Tratante y del equipo médico del prestador del servicio, no puede regresar a su lugar de residencia permanente utilizando los medios inicialmente previstos para su regreso, el prestador del servicio gestionará su repatriación por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios, así como el costo del boleto de regreso, si el que éste tuviera no fuese válido.

Para esta atención no aplica reembolso.

Los beneficios de las atenciones no tendrán valor en efectivo.

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVIAMENTE SEÑALADOS

- a) Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas en contra de la prescripción de algún Médico.**
- b) Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas durante viajes de duración superior a noventa (90) días naturales.**
- c) Las situaciones que requirieran de alguno de los servicios de atención, ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza.**
- d) Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
- e) Los servicios de atención que el beneficiario haya gestionado, contratado y/o pagado por su cuenta.**
- f) Los servicios de atención que sean consecuencia de:**
 - 1. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya o no declarado la guerra), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - 2. Autolesiones o participación del beneficiario en actos criminales.**
 - 3. La participación del beneficiario en riñas o combates, salvo en el caso de defensa.**
 - 4. La práctica de deportes como profesional así como la participación en competiciones oficiales y/o en exhibiciones.**
 - 5. La participación del beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
 - 6. Los causados por mala fe del beneficiario.**
 - 7. Las irradiaciones de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier otro tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - 8. Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.**

9. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la enfermedad, así como cualquier enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el beneficiario y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida durante la vigencia de este contrato.
10. Embarazos en los últimos tres (3) meses antes de la fecha probable de parto, así como el embarazo y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
11. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
12. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomía radial u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractivos.
13. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
14. Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
15. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
16. La muerte o lesiones originadas, por actos realizados por el beneficiario con dolo o mala fe.
17. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia.
18. Rescate o aquellas situaciones en las que el beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él, o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de atención, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y/o peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.

3.5. ATENCIÓN VISUAL

El asegurado deberá solicitar este beneficio llamando al número telefónico **55 9595 0000** para coordinar su cita y recibir un vale equivalente a \$500.00 (Quinientos Pesos 00/100 M.N.), el cual se otorgará por vigencia y no será acumulable, este vale podrá ser redimible únicamente en las ópticas con las que Plan Seguro tienen convenio, mismas que se indican en la página web www.planseguro.com.mx, para que el Asegurado seleccione uno de los siguientes productos:

1. Armazones oftálmicos.
2. Micas graduadas.
3. Lentes de contacto (para astigmatismo o miopía).

Condiciones de uso:

- El beneficio no es acumulable de un año a otro.
- **Para esta atención no aplica reembolso.**

- El beneficio no tiene valor en efectivo ni podrá canjearse por dinero.

Exclusiones específicas de la atención visual:

- a) Servicios proporcionados fuera del territorio nacional.**
- b) Cualquier producto o servicio no especificado en esta descripción.**
- c) Lentes de contacto cosméticos o de color.**
- d) Soluciones, líquidos o estuches especiales.**
- e) Medicamentos, aún cuando exista prescripción del médico tratante.**
- f) Tratamientos o procedimientos distintos a los aquí previstos.**

4. EXCLUSIONES GENERALES

1. Padecimientos preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro, así como los mencionados como excluidos en estas Condiciones Generales.
2. La hospitalización, tratamiento médico y/o quirúrgico, por lesiones o enfermedades producidas en servicio militar y policiaco de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por la 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, aun cuando exista indicación médica expresa.
4. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinfligida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan por alteraciones mentales, psicológicas o trastornos psiquiátricos.
6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.
7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso como montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha grecoromana, 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.
9. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones y/o causas clínicas.
10. Cualquier padecimiento que resulte a consecuencia del estado de ebriedad, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un Médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, y el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.

- 11. Gastos ocasionados, 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) secuelas derivadas de procedimientos de carácter estético o plástico también relacionados con calvicie, implantes de cualquier tipo, gorro DigniCap, bomba para disfunción eréctil, menopausia, climaterio, tabaquismo u osteoporosis (Densitometría), independientemente de que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.**
- 12. Servicios de enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la hospitalización, excepto los que se contemplan en estas Condiciones Generales.**
- 13. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
- 14. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza, así como las complicaciones de éstas, salvo las reconstructivas necesarias por Accidente siempre que se compruebe con estudios de imagenología que apoyen el diagnóstico.**
- 15. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloides excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente y/o Enfermedad cubierta, ocurridas durante la vigencia de la Póliza.**
- 16. Gastos ocasionados para el diagnóstico, tratamientos médicos quirúrgicos, complicaciones o secuelas derivadas de procedimientos para el manejo de la obesidad, calvicie, reducción de peso, cirugía bariátrica, bypass gástrico, banda gástrica, anorexia, bulimia, tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.**
- 17. Gastos ocasionados por diastasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.**
- 18. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones, padecimientos congénitos así como las complicaciones o secuelas de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.**
- 19. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, excepto lo mencionado en estas Condiciones Generales.**
- 20. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.**
- 21. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza, así como la compra o renta de zapatos y plantillas ortopédicas, cama tipo hospital o aparatos similares.**
- 22. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o tratamientos que no sean aceptados por ser experimentales o beneficios inciertos**

- para el paciente, o tratamientos que no se encuentran apegados y que no cumplan con los protocolos o guías de prácticas médicas por COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), SS (Secretaría de Salud) o FDA (Food and Drug Administration), así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con Focus Exablate.
23. Cualquier cirugía asistida por robot o cirugía robótica que no cumpla con los protocolos médicos vigentes establecidos conforme a la Normatividad aplicable.
 24. 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.
 25. Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar directo del Asegurado o el mismo Asegurado.
 26. Las consultas de Médicos Especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel con fines estéticos como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica, acné, cuperosis, así como los tratamientos con base en Hipnosis, Crioterapias y Quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.
 27. Cualquier tipo de cirugía profiláctica no enunciado en estas Condiciones Generales, así como sus complicaciones.
 28. Los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Accidente y/o Enfermedad cubierta cualquiera que sea su causa.
 29. Tratamientos de acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina Alternativa.
 30. Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con el Accidente y/o Enfermedad reclamada, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal.
 31. 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.
 32. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
 33. Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
 34. Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
 35. Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
 36. Responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los prestadores.

37. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto.
38. Cualquier gasto erogado en cualquier Periodo de Espera.
39. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aun las que resulten de Accidente y/o Enfermedad cubierta.
40. Gastos personales tales como: cepillo dental, crema, cosméticos, desodorantes, shampoo, lociones, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, ras-trillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones y gasas; sábana térmica, medias TED, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, flores, fotografías, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/ hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sábana desechable, esponjas para baño; así como cualquier gasto erogado por el acompañante.
41. Medicamentos: benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos tratamientos psiquiátricos independientemente de su causa.
42. 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.
43. Cualquier tratamiento y/o procedimiento relacionado con el cambio o modificación de sexo, así como todos los padecimientos, las secuelas o complicaciones que pudieran derivar del mismo.
44. Las vacunas excepto las enunciadas en la cobertura básica.

5. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

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

5.1. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia Médica estando el Asegurado en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada y de acuerdo a los límites contratados e indicados en la Carátula de la Póliza. La Suma Asegurada, así como el Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza para esta Cobertura, son independientes a los contratados en cualquier otra.

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

Plan Seguro pagará la reclamación por Emergencia en el Extranjero vía Reembolso en Moneda Nacional, de acuerdo con el tipo de cambio vigente establecido por el Banco de México en la fecha de erogación de los gastos cubiertos, o bien vía Pago Directo, para lo que el Asegurado deberá seguir el procedimiento que Plan Seguro tenga vigente a la fecha en que reporte el siniestro.

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

TEMPORALIDAD.

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

Los Beneficios de esta Cobertura cesarán cuando el Asegurado se encuentre en posibilidades de viajar a su lugar de residencia, se haya estabilizado la condición de Emergencia Médica del Asegurado, se haya agotado la Suma Asegurada o la atención ya no sea requerida en el extranjero.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Accidentes y/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.**
- b) Enfermería fuera del Hospital.**
- c) Tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
- d) Cesárea, parto, embarazo y sus complicaciones, cualquiera que sea su causa.**
- e) Por concepto de habitación, toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
- f) Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
- g) Padecimientos congénitos.**
- h) 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.**

i) Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de tres (3) meses fuera de la República Mexicana.

PREVALENCIA

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

5.2. ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta cuyo diagnóstico se haya realizado en territorio nacional, el Asegurado requiere de Atención Médica en el Extranjero, Plan Seguro cubrirá el costo de los Gastos Médicos cubiertos de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos 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 en el extranjero de acuerdo a lo estipulado en el apartado Gastos Médicos con Periodo de Espera correspondiente.

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

Plan Seguro pagará la reclamación por Atención Médica en el Extranjero vía Reembolso en Moneda Nacional, de acuerdo con el tipo de cambio vigente establecido por el Banco de México en la fecha de erogación de los gastos cubiertos, o bien vía Pago Directo, para lo que el Asegurado deberá seguir el procedimiento que Plan Seguro tenga vigente a la fecha en que reporte el siniestro.

Deberá cubrirse el Deducible por atención médica en el extranjero, aunque en un inicio se haya cubierto el padecimiento que le da origen a la reclamación en territorio nacional, es decir, se consideran independientes.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro, Eliminación de Deducible por Accidente y/o Eliminación de Coaseguro por Accidente en caso de haberlos contratado. Las condiciones no especificadas en esta Cobertura operarán de acuerdo a la Cobertura Básica contratada y a lo estipulado en estas Condiciones Generales y en los límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

TEMPORALIDAD

Los Beneficios surtirán efecto para los Asegurados que lleguen a residir hasta un máximo de nueve (9) meses a partir de iniciado el viaje fuera de la República Mexicana. **Transcurrido este tiempo, el beneficio quedará excluido de la Póliza.**

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Enfermería fuera del Hospital.**
- b) Tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
- c) Complicaciones de la cesárea, el parto, y embarazo excepto las mencionadas en estas Condiciones Generales.**
- d) Por concepto de habitación, toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
- e) Gastos por padecimientos preexistentes declarados o no declarados.**
- f) Padecimientos congénitos.**
- g) Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de nueve (9) meses fuera de la República Mexicana.**

PREVALENCIA

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

5.3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)

Se otorgará una indemnización por día de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado haya permanecido hospitalizado por lo menos cuarenta y ocho (48) horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún Accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, hasta por la Suma Asegurada por día contratada e indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endoso. Se puede contratar a partir de los veinte (20) años y hasta los sesenta y cinco (65) años.

El periodo máximo de tiempo de hospitalización que Plan Seguro estará obligado a pagar por Evento, son noventa (90) días ininterrumpidos, contados desde el primer día de hospitalización. **En ningún caso, Plan Seguro estará obligado a pagar más de dos (2) eventos por año, los cuales deberán ser consecuencia de diferentes Accidentes cubiertos.**

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

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

La Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura es independiente a cualquier otra contratada.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

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

PREVALENCIA

La presente cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5.4. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF)

En caso de que la Asegurada sea diagnosticada por primera vez de cáncer en alguno de los siguientes órganos de acuerdo a la definición y una vez transcurrido el periodo de espera de ciento ochenta (180) días a partir de la contratación de esta cobertura, se le pagará por única ocasión la Suma Asegurada contratada indicada en la Carátula 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 veinte (20) años y hasta los cincuenta y cinco (55) años.

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

Para esta Cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías, ni de Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre malignos, limítrofes, de bajo potencial maligno o no invasivos, Incluyendo la displasia cervical o en cuello uterino NIC1, NIC2 y NIC3¹.**
- b) Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Última Edición de la AJCC².**
- c) Todos los cánceres de piel.**
- d) Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo, pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**
- e) Padecimientos Preexistentes.**
- f) Cualquier otro tipo de cáncer que no sean los que explícitamente se describen en los beneficios de esta Cobertura como cubiertos.**
- g) Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado dentro del Periodo de Espera.**
- h) Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado después del fallecimiento de la Asegurada.**
- i) Cáncer de los descritos como cubiertos por esta Cobertura cuando el diagnóstico fuese realizado por Médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge y/o hermanos.**

NOTAS:

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

PREVALENCIA

La presente cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF) es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5.5. ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

Plan Seguro exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realice durante los siguientes diez (10) días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos erogados y procedentes por el Siniestro, sea superior a una (1) UMAM.

El Coaseguro operará de acuerdo a lo indicado en estas Condiciones Generales.

No se aplicará la eliminación del Deducible en gastos por padecimientos de nariz y senos paranasales derivados de un Accidente y gastos de prótesis dental por Accidente.

PREVALENCIA

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

5.6. ELIMINACIÓN DE COASEGURO POR ACCIDENTE

Plan Seguro exentará al Asegurado del pago del Coaseguro contratado en caso de presentar una reclamación a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realice durante los siguientes diez (10) días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos erogados y procedentes por el Siniestro, sea superior al Deducible contratado.

No aplicará la eliminación del Coaseguro en gastos por padecimientos de nariz y senos paranasales derivados de un Accidente, en gastos de prótesis dental por Accidente y en gastos erogados a consecuencia de Accidente de rodilla.

PREVALENCIA

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

5.7. INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA

La presente Cobertura incrementa la Suma Asegurada establecida en la Cobertura Básica para Parto y Cesárea indicada en estas Condiciones Generales, sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios. La nueva Suma Asegurada se indicará en la Carátula de Póliza y aplicará para embarazos que inicien después de la fecha de contratación de esta Cobertura.

Podrá ser contratada por aquellas Aseguradas que cuenten con al menos un (1) año de cobertura continua en el presente producto y la edad de aceptación es de los veinte (20) años cumplidos a los treinta y siete (37) años, y únicamente se podrá renovar hasta los treinta y ocho (38) años cumplidos si la Asegurada estuviera embarazada para la renovación, **en ningún otro caso se podrá renovar después de los treinta y siete (37) años.**

PREVALENCIA

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

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

La presente Cobertura reduce el Coaseguro establecido en la Cobertura Básica para Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente, indicada en el apartado Coberturas Básicas, a quedar en 30 %, sin que el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura presenten cambios.

Para esta Cobertura no aplican las reglas definidas en la Cláusula Participación del Asegurado en una Reclamación, ni los beneficios que otorga la contratación de la Cobertura opcional con costo de Eliminación de Deducible por Accidente y Eliminación de Coaseguro por Accidente.

5.9. DENTAL MÁS

Plan que ofrece acceso a servicios en territorio nacional y que incluye:

TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico
2 Limpiezas (flúor opcional)
1 Serie radiográfica de 18 (Rx)
TRATAMIENTO RESTAURATIVO BÁSICO
2 Resinas

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Tratamientos no especificados en este plan.

5.10. DENTAL TOTAL

Plan que ofrece acceso a servicios en territorio nacional y que incluye:

TRATAMIENTO
1 Revisión y diagnóstico
2 Limpiezas (flúor opcional)
1 Serie radiográfica de 18 (Rx)
TRATAMIENTO RESTAURATIVO BÁSICO
2 Resinas
2 Selladores
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES
1 Extracción sencilla

Para esta atención no aplica reembolso.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

a) Tratamientos no especificados en este plan.

5.11. HÁZLO ÓPTIMO

CAMPAÑAS PREVENTIVAS

Son realizadas en colaboración con los prestadores en convenio con Plan Seguro sobre los padecimientos de:

- Cáncer cervicouterino.
- Cáncer de mama.
- Dislipidemias.
- Cáncer de próstata.
- Diabetes.
- Osteoporosis.
- Entre otros.

Para acceder a este beneficio el Asegurado deberá comunicarse al número telefónico de Plan Seguro el cual se encuentra disponible en la página web www.planseguro.com.mx

1. RECIÉN NACIDOS

Se cubren los gastos del recién nacido desde el primer día de su nacimiento siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se haya dado de alta a los recién nacidos conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

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

Se cubre, vía reembolso, la atención del pediatra o neonatólogo para el recibimiento del recién nacido hasta una (1) UMAM y se cubren los estudios de tamiz de recién nacido, vía reembolso, hasta una (1) UMAM siempre y cuando, la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento y se haya dado de alta a los recién nacidos conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

2. REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Consiste en una historia clínica, examen general de orina, determinaciones en sangre de biometría hemática, glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, urea, creatinina y Electrocardiograma en reposo.

Esta Cobertura únicamente se dará con prestadores en convenio con Plan Seguro.

Esta revisión Médica Preventiva se otorga para todos los niveles hospitalarios contratados, una vez por Asegurado por vigencia, para mayores de dieciocho años, aplicando un Coaseguro del 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 anexe en cada Reembolso las órdenes de atención, en las que se compruebe que la suma de estos gastos rebase el monto del Deducible, a fin de que Plan Seguro pueda considerarlos como tales, en cuyo caso se procederá a la devolución vía Reembolso, del monto del Deducible pagado.

No aplica Tope Máximo de Coaseguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- a) Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el control del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.
- b) Consultas estudios y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.
- c) Consultas, estudios o tratamientos para control de peso y de carácter estético.
- d) Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación.
- e) Estudios de alta especialidad.
- f) Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.
- g) Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados con proveedores sin convenio con Plan Seguro.
- h) Revisión Médica Preventiva que se realice en Hospitales, Clínicas y Sanatorios sin convenio con Plan Seguro.

3. CONSULTAS MÉDICAS INTRAHOSPITALARIAS

Se cubren los honorarios por consultas médicas intrahospitalarias, con motivo de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos contratada, previa autorización de Plan Seguro, con un máximo de una (1) consulta diaria

PREVALENCIA

La presente cobertura de Házo Óptimo es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

5.12. HÁZLO PLUS

Plan Seguro extenderá al Asegurado, en caso de contratación de la cobertura, los siguientes beneficios:

1. CONSULTA MÉDICA CON NUTRIÓLOGO

Se cubren veinte (20) consultas de nutriólogo por vigencia, de acuerdo al tabulador y el Nivel Hospitalario contratado, aplicando un coaseguro del 30 %.

2. CONSULTA MÉDICA CON PSICÓLOGO

Se cubren veinte (20) consultas de psicólogo por vigencia, de acuerdo al tabulador y el Nivel Hospitalario contratado, aplicando un coaseguro del 30 %.

3. CHECK UP EJECUTIVO

Se cubren los gastos erogados por concepto de Check Up Ejecutivo, únicamente para mayores de dieciocho (18) años, hasta por la Suma Asegurada de \$10,000 pesos con un Coaseguro del 30 %, sin Deducible y vía Reembolso. Contempla los exámenes y/o estudios que se detallan a continuación:

- Antígeno prostático (+40 años).
- Biometría hemática completa.
- Electrocardiograma en reposo.
- Examen general de orina.
- Historia clínica con exploración física.
- Papanicolaou y mastografía con ultrasonido de mama (+40 años).
- Papanicolaou y ultrasonido de mama (<40 años).
- Prueba de esfuerzo.
- Química sanguínea de 27 elementos.
- Rx de tórax.
- Ultrasonido de abdomen.

Para el pago por Reembolso será necesario presentar:

- a) Factura del Laboratorio u Hospital a nombre del Contratante y/o Asegurado.
- b) Copia de los resultados de la historia clínica, estudios de laboratorio e imagenología (no se aceptan imágenes).
- c) Formato de "Solicitud de Reembolso" con el concepto de Check Up Ejecutivo, el cual se encuentra disponible en la página web www.planseguro.com.mx.

No es necesario anexar informe médico ni aviso de Accidente y/o Enfermedad. No se cubren por concepto de Check Up Ejecutivo, los estudios indicados por el Médico Tratante con fines de diagnóstico.

4. EXAMEN PREVENTIVO

Los Asegurados mayores de doce (12) años, tendrán la posibilidad de realizarse un examen anual de Medicina Preventiva sin costo, destinado a detectar oportunamente enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento anticipado, previene una evolución indeseable y evita que conduzca a un padecimiento mayor.

El examen se realizará sólo por el(los) Médico(s) específicamente autorizados por Plan Seguro y será de carácter eminentemente clínico (comprenderá un análisis personal, examen físico y de orina con tira reactiva).

El Asegurado podrá solicitar el examen llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000 .

No aplica Coaseguro

5. ATENCIÓN A NONATOS

Se amparan los gastos enunciados a continuación para aquellos Asegurados incorporados entre la 27.^a y la 36.^a semana de gestación, siempre y cuando se hayan dado de Alta conforme a lo estipulado en este apartado:

- Atención fisiológica del recién nacido.
- Cunero y neonatólogo.
- Intervenciones de cirugía correctiva en alteraciones congénitas.

En el caso de los nonatos, podrán ser asegurados entre la 27.^a y la 36.^a semana de gestación, siempre y cuando se cumpla con los requisitos para solicitar el Alta, que son:

- a) El hijo deberá ser único, es decir, no se otorgará Cobertura a nonatos provenientes de embarazos múltiples.
- b) Adicionalmente a la Solicitud de Seguro, se deberá presentar el informe médico del Ginecólogo tratante, en el que se mencione la fecha de la última menstruación, grupo sanguíneo y Rh de la madre, las semanas de gestación y la evolución del embarazo, así como la fecha probable del parto. El plan del nonato deberá ser igual al plan de la Póliza de la madre Asegurada.

En caso de aceptación del nonato, el Contratante deberá entregar copia del acta de nacimiento o constancia de alumbramiento dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

6. CONTROL DEL EMBARAZO

Esta cobertura está dirigida a todas las Aseguradas entre los dieciocho (18) y los cuarenta (40) años cumplidos. Las Aseguradas que quieran acceder a este servicio deberán hacerlo llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000. Se cubre de acuerdo a lo establecido en la carátula de la Póliza.

Esta Cobertura operará siempre que la gestación inicie al menos cuatro (4) meses después del inicio de vigencia, por lo que el Reconocimiento de Antigüedad de otras compañías de seguros no surtirá efectos.

Se cubren las consultas para el Control del Embarazo **sin aplicación de Coaseguro y de acuerdo al Tabulador de Honorarios Médicos Quirúrgicos del Nivel hospitalario contratado, siempre y cuando la atención se realice con los prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro.**

Si la atención es realizada con prestadores de servicios sin convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas sin Coaseguro y vía Reembolso.

En ambos casos se hará de acuerdo al siguiente programa:

Periodo	Frecuencia
En el transcurso de las primeras 20 semanas	2 consultas de control
Entre la semana 21 y 35	3 consultas de control
Entre la semana 36 y 40	3 consultas de control

Estas consultas de control no son acumulables ni retroactivas.

En caso de requerir consultas de control adicionales a las indicadas anteriormente, se procederá de la siguiente manera:

- Si la atención es realizada con prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado.
- Si la atención es realizada con prestadores de servicios sin convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado más un 10 % adicional de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- a) Estudios de tipo genético para obtener el estado de salud del feto; o bien, para determinar las causas de abortos previos o malformaciones congénitas.
- b) Estudios triple suero materno, amniocentesis, TORCH y ultrasonido en tercera y cuarta dimensión.

7. CONTROL DEL NIÑO SANO

Se brinda el control del niño sano hasta los doce (12) años de edad. Los Asegurados que opten por este control, deberán hacerlo llamando al siguiente número telefónico: 55 9595 0000. Se cubre de acuerdo a lo establecido en la Póliza.

Se cubren las consultas para el control del niño sano **sin aplicación de Coaseguro y de acuerdo al Tabulador de Honorarios Quirúrgicos del Nivel Hospitalario contratado, siempre y cuando, la atención se realice con los prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro.**

Si la atención es realizada con prestadores de servicios sin convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas sin Coaseguro y vía Reembolso.

En ambos casos será de acuerdo al siguiente programa:

Periodo	Frecuencia
Recién Nacido (0-27 días)	2 consultas de control
Lactante Menor (desde los 28 días hasta los 11 meses)	5 consultas de control
Lactante Mayor (desde los 12 hasta los 23 meses)	2 consultas de control
Preescolar desde los 2 años hasta los 5 años	2 consultas de control anual
Escolar desde los 6 años hasta los 12 años	1 consulta de control anual

Estas consultas de control no son acumulables ni retroactivas.

En caso de requerir consultas de control adicionales a las indicadas anteriormente, se procederá de la siguiente manera:

- Si la atención es realizada con prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado.
- Si la atención es realizada con prestadores de servicios sin convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado más un 10 % adicional de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

8. SALUD REPRODUCTIVA

Se cubren los gastos que se eroguen después de transcurridos veinticuatro (24) meses del inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado, resultantes de los procedimientos que se enlistan a continuación:

- Salpingoclasia.
- Vasectomía.

Estos procedimientos son adicionales a los enunciados en el apartado Gastos cubiertos con periodo de espera.

Para esta cobertura sí aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías.

PREVALENCIA

La presente cobertura de Házlo Plus es opcional con costo a cargo del Asegurado y es de carácter especial, por lo que sus condiciones prevalecen sobre cualquier otra condición contenida en estas Condiciones Generales.

6. CLÁUSULAS GENERALES

6.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza será renovada automáticamente, **excepto que el Contratante dé aviso por escrito dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia del período en curso, de su voluntad de no renovarla, o cuando se presente alguna causal de rescisión de contrato prevista en estas Condiciones Generales. en el apartado Rescisión del Contrato.**

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

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

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

Las Pólizas que sean renovadas automáticamente se harán bajo condiciones congruentes a las originalmente contratadas, sin requisitos de asegurabilidad y sin que los periodos de espera y/o los límites de edad puedan ser modificados en perjuicio del asegurado; y podrán hacer uso de los Médicos en convenio con Plan Seguro. Lo anterior de conformidad con los productos que se encuentren registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

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

PRIMA

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

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

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

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

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

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

ALTA DE ASEGURADOS

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

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

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

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

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA

Los hijos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza podrán ser dados de alta desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando el recién nacido se encuentre vivo al momento de darlo de alta, Plan Seguro acepte el aseguramiento mediante la emisión del endoso y/o Póliza correspondiente y se cumpla los siguientes requisitos:

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

Para los niños de hasta tres años deberá anexarse a la Solicitud de Seguro, el informe médico del Médico Pediatra donde especifique su estado de salud.

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

FORMA DE PAGO

El Contratante deberá pagar la Prima anual correspondiente a cada Contrato a partir de la fecha de inicio de vigencia. En caso de optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada, se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte, misma que se dará a conocer por escrito **en la carátula de la póliza** al Contratante, **indicando en dicha carátula el calendario de pagos con las fechas y montos de cada una de las parcialidades de pago**, y podrá modificarse anualmente. Si la Prima anual se va a liquidar de manera fraccionada, las exhibiciones serán por períodos de tiempo de igual duración, siempre y cuando estos no sean inferiores a un mes. En caso de que la Póliza se viera afectada por un Sinistro ocurrido dentro del período pagado y la Prima fuera de manera fraccionada, Plan Seguro deducirá de la Indemnización a pagar al Asegurado, el total de la Prima pendiente de pago que corresponda a las parcialidades por devengar.

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

Las Primas convenidas deberán pagarse únicamente a Plan Seguro, a través de los medios de pago que se indican en la Carátula de la Póliza, en ningún caso la Prima se pagará en efectivo.

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

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

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

Las Primas de Seguro deberán ser pagadas en favor de Plan Seguro, por lo que las Primas depositadas a diversa(s) persona(s) no constituirá reconocimiento alguno de pago.

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

OCUPACIÓN

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

EDAD

Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos sin límite de edad de aceptación siempre y cuando se aplique un Examen de Selección Médica a las personas de más de sesenta y cinco (65) años en los casos de Pólizas nuevas y sin límite de edad para las renovaciones, siempre y cuando, cumplan con la regla y los requisitos de aseguramiento.

Plan Seguro se reserva 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 al Contratante la Prima que pagó en exceso. 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 treinta días naturales siguientes al vencimiento del Período de Gracia y en su caso, Plan Seguro la podrá otorgar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con los siguientes requisitos:

- 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 a través de la emisión del endoso y/o Póliza, según corresponda.

En ningún caso Plan Seguro responderá por enfermedades o Accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la Póliza y la fecha en que Plan Seguro emitió la respectiva autorización, 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 de la rehabilitación.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura de cada uno de los padecimientos cubiertos terminará automáticamente con cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cuando el padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el padecimiento.
- b) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la Accidente y/o Enfermedad que haya afectado al Asegurado.
- c) Terminación de la vigencia de la Póliza, **salvo lo indicado en la cláusula de Período de Beneficio.**
- d) Terminación anticipada 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 período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza, los gastos por cada padecimiento se continuarán pagando hasta certificarse la curación de este mediante la Alta médica o al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes, lo que ocurra primero.

Si termina la vigencia de esta Póliza y no se renueva, Plan Seguro cubrirá los padecimientos iniciados en la vigencia hasta certificarse la curación a través del alta médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta veinticuatro meses contados a partir de la fecha de término de vigencia, lo que ocurra primero.

PERIODO DE GRACIA

El Contratante dispondrá de treinta (30) días naturales para el pago de la Prima anual o de su primera fracción en los casos de pagos en parcialidades; para las Primas posteriores dispondrá de treinta (30) días naturales para el pago; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia.

PERIODO AL DESCUBIERTO

Comienza a las doce horas del día en que vence el Período de Gracia y concluye al recibir el pago completo de la Prima o fracción previamente pactada, siempre y cuando el pago sea aceptado por Plan Seguro, **quedando excluidas las Enfermedades y/o Accidentes, cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este período al igual que los gastos erogados a consecuencia de estos, así como sus complicaciones y secuelas ocurridas ya iniciada la cobertura.**

CAMBIO DE PARÁMETROS

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio en sus parámetros, este lo podrá solicitar por escrito al momento de la renovación, reconociendo su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra.

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

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

CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

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

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

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

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

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 Períodos de Espera descritos **excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen en determinadas coberturas no opera el Reconocimiento de Antigüedad.**

6.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS

COBERTURA DEL CONTRATO

a) ACCIDENTE

Quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza.

No se considera Accidente:

- 1. Las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
- 2. Las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los noventa 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 considerarán como un solo Siniestro.

El gasto erogado y procedente a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta deberá ser reportado a la Compañía en los términos que se indica en estas Condiciones Generales; de no ser así, será considerado como Enfermedad.

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible en el caso de que se haya contratado, el cual quedará 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 estas Condiciones Generales.

En caso de Accidente cubierto no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de diez (10) días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación el número de reporte que le fue proporcionado por Plan Seguro y acta del Ministerio Público, esta última cuando Plan Seguro así lo requiera.

b) ENFERMEDAD

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

- a) El Reconocimiento de Antigüedad generado para aquellos padecimientos con Periodo de Espera.
- b) Se encuentren dados de alta como nonatos y recién nacidos conforme lo descrito en estas Condiciones Generales.

Se cubrirá cualquier Enfermedad:

- a) Siempre que sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza y;
- b) Cuando no se encuentren dentro de las mencionadas en el apartado de Exclusiones Generales de éstas Condiciones Generales o excluidas mediante Endosos y siempre que cumpla con el Período de Espera establecido en estas Condiciones Generales.

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

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

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE

Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento mediante aviso por escrito a Plan Seguro. En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza y la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 100 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada.

En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante este periodo, Plan Seguro no procederá con la devolución de Prima ya que se considera devengada en su totalidad.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza y la prima ya hubiere sido pagada, Plan Seguro devolverá el 60 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada, sin incluir los derechos de póliza.

En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante este periodo, Plan Seguro no procederá con la devolución de Prima ya que se considera devengada en su totalidad.

Para el caso de devolución de Prima Neta Cobrada No Devengada, como requisito para el reembolso de la cantidad correspondiente, el Asegurado deberá manifestar por escrito, que no cuenta con ningún reclamo derivado de cualquier Siniestro ocurrido dentro del periodo en el que estuvo vigente la Póliza, por lo que, si posteriormente a dicha devolución el Asegurado ingresa cualquier gasto, éste no será sujeto de pago por haber terminado la cobertura del Contrato.

La devolución de Prima Neta Cobrada No Devengada se realizará en un plazo que no excederá de treinta (30) días, una vez recibida la documentación completa y correcta para tales efectos.

En tal situación, el Periodo de Beneficio no resultará aplicable.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se aplican las reglas descritas en esta Cláusula.

RESIDENCIA

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

TERRITORIALIDAD

Las coberturas contenidas en las presentes disposiciones generales, aplicarán únicamente dentro del territorio mexicano, lo anterior sin perjuicio de que el Asegurado pueda contratar las coberturas adicionales con costo adicional de Emergencia en el Extranjero y de Atención Médica en el Extranjero.

VIGENCIA DEL CONTRATO

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.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Cualquier persona que desee contar con la Cobertura de este Contrato, deberá entregar debidamente requisitada la Solicitud de Seguro que para estos fines le sea proporcionada. Plan Seguro evaluará dicha solicitud y determinará bajo qué condiciones se aceptará o rechazará su solicitud, de acuerdo a los resultados obtenidos.

6.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

OBJETO DEL SEGURO

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

- a) La Póliza se encuentre vigente en términos de lo establecido en estas Condiciones Generales.
- b) La Póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad.
- c) Los gastos médicos generados ocurran durante la vigencia de la Póliza y cumplan con las condiciones descritas en las presentes Condiciones Generales.
- d) Los servicios cubiertos sean ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, Período de Cobertura y Endosos adicionales.
- e) Se entregue toda la documentación e información necesaria para que Plan Seguro pueda dictaminar correctamente el Siniestro.

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

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.

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

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

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

CONTRATO

Forman parte de este Contrato las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a Plan Seguro en la Solicitud de Seguro, 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 estas Condiciones Generales, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

Plan Seguro se reserva el derecho de expedir Endosos, extra primando o excluyendo determinados padecimientos, de acuerdo al proceso de selección que se lleva a cabo con motivo de la Solicitud del Seguro. Aplica el mismo derecho de expedir Endosos al momento de rehabilitar una Póliza o en caso de cambio de producto.

COMPETENCIA

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

- a) Ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Plan Seguro (UNE) y el número de atención a clientes de Plan Seguro **55 9595 0000**.
- b) Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus subdelegaciones.
- c) En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante o en la que hubiere presentado su reclamación.

DATOS DE CONTACTO

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

Teléfonos: 55 4170 9668 y 55 4170 9667

Dirección: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II Piso 4, Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México.

Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.planseguro.com.mx. En el horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas y viernes de 9:00 a 13:30 horas.

Correo electrónico: atencionune@planseguro.com.mx

CONDUSEF

Teléfonos: 800 999 8080 y 55 5340 0999

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

Página web: www.condusef.gob.mx

Registro electrónico de comentarios: asesoria@condusef.gob.mx

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion

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, asimismo se suspenderá en los casos previstos en esta Ley.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y/o los Asegurados están obligados a declarar por escrito a Plan Seguro de acuerdo con la Solicitud de Seguro, examen médico 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 (artículos 8, 9 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), Plan Seguro reintegrará al Contratante el 60 % de la Prima Neta Cobrada No Devengada, **siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.**

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

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

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

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

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

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

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO

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

El Asegurado deberá comunicar a la empresa las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el

Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Plan Seguro en lo sucesivo **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)**.

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las Primas anticipadas **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)**.

La Compañía estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del Asegurado, se agraven circunstancias esenciales que, por su naturaleza, debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo y en este caso la Compañía deberá notificar la rescisión dentro de quince (15) días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias **(Artículo 63 y 64 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)**.

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Plan Seguro, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo 51 establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes

mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Plan Seguro tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

ANEXO DE PRECEPTOS NORMATIVOS

Los artículos citados en las presentes Condiciones Generales podrán ser consultados por los Asegurados o Contratante en el Anexo de Preceptos Normativos, el cual se encuentra en la siguiente página web: www.planseguro.com.mx

MONEDA

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 los medios de pago especificados en la Carátula y/o Recibos de la Póliza.

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 emitido 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 Aseguradoras un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada una de las Empresas Aseguradoras la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de las Empresas Aseguradoras, así como de las Sumas Aseguradas.

Los Contratos de Seguros de que tratan los párrafos anteriores, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés Asegurado, serán válidas y obligarán a cada una de las Empresas Aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la Suma Asegurada contratada que opera para cada Cobertura; o bien, de acuerdo a lo que cada Compañía establezca en los Contratos correspondientes.

La cobertura de la presente Póliza no será condicionada por contar con otros seguros.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

facultades para hacer concesiones o modificaciones.

RECTIFICACIÓN DE PÓLIZAS

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días 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).**

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

INTERÉS MORATORIO

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, Plan Seguro pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, Plan Seguro estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre tres y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación

principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por Plan Seguro sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

El pago que realice Plan Seguro se hará en una sola exhibición que comprenderá el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios.
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo.
- c) La obligación principal.

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

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

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

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

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones relacionadas con este Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de Plan Seguro ubicado en Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II Piso 4, Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. Las comunicaciones que Plan Seguro haga al Contratante y/o Asegurado, se dirigirá al último domicilio que ésta conozca.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Las partes convienen que, Plan Seguro entregará al Asegurado y/o Contratante de la Póliza, por escrito, un ejemplar del Contrato de Seguro, **salvo en aquellos casos en los que, el Contratante y/o Asegurado previo consentimiento expreso haya elegido por así convenir a sus intereses que, la entrega de la documentación contractual sea en formato PDF.**

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose

al teléfono 55 9595 0000, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

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

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

En los términos de la Ley, una vez 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 sólo en parte, el Asegurado y Plan Seguro concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

REVELACIÓN DE COMISIONES

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

6.4. PAGO DE SINIESTROS

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 días a partir de la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente y/o Enfermedad que pueda ser motivo de Indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro.

ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA

En caso de Accidentes ocurridos en vía pública o en un centro con acceso autorizado al público en general y que, el Asegurado haya sufrido una lesión que por sus características amerite dar vista a un Ministerio Público, El Asegurado se obliga a presentar dicha constancia a Plan Seguro, con el fin de determinar la posible responsabilidad de terceros, esto dentro de un plazo máximo de cinco días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente que pueda ser motivo de Indemnización, en cuyo caso se procederá de acuerdo a lo descrito en apartado Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, **salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.**

RECLAMACIONES

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

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

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

Asimismo, Plan Seguro de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el contrato de Seguro, tendrá derecho de solicitar cualquier información que considere necesaria para valorar el Siniestro. Para solicitar el pago de cada Siniestro deberá entregarse la siguiente documentación completa, llenada con letra legible en los casos que corresponda, y sin tachaduras ni enmendaduras:

- I. Copia de identificación oficial vigente del Asegurado afectado.
- II. Comprobante de domicilio actual (Si el domicilio plasmado en el INE coincide con el notificado en el aviso de Accidente o Enfermedad, no es necesario).
- III. Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Este documento se presentará por el Titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante.
- IV. Informe Médico en el formato que Plan Seguro pone a disposición en su página web www.planseguro.com.mx al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Accidente y/o Enfermedad; por lo tanto, se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico Tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe médico que exhiba el Asegurado.
- V. Copia de los resultados de los estudios de Laboratorio, y en el caso de Imagenología y/o Gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico Tratante.
- VI. Comprobantes fiscales: Todas las facturas generadas por los gastos médicos derivados de un Accidente o Enfermedad, deberán solicitarse a nombre del paciente (Asegurado afectado si es mayor de diecisiete años), titular o Contratante, y cumplir con los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- VII. Facturas de honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener los requisitos fiscales vigentes dictados por el SAT.
- VIII. Cada factura deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios médicos quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada una, así como la fecha de atención.
- IX. En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar una factura por cada visita realizada y cada factura se acompañará de un informe del Médico Tratante por Consulta a Domicilio.
- X. Facturas de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como los requisitos fiscales vigentes.

- XI. Desglose de la cuenta o comanda cuando se trate de atención hospitalaria.
- XII. Recetas de medicamentos cuando exista prescripción del Médico Tratante.
- XIII. Recetas médicas para aparatos ortopédicos o equipo especial.

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

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

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

Para gastos complementarios a un Siniestro pagado y para el cual se haya cubierto el Deducible, no se aplicará cantidad alguna por este concepto; sólo se aplicará el Coaseguro correspondiente.

Al utilizar Médicos y Hospitales en colaboración con Plan Seguro y cuando la indemnización sea a través de Pago Directo, se contará con la reducción de una (1) UMAM sobre el Deducible contratado y adicionalmente se eliminarán cinco (5) puntos porcentuales del Coaseguro contratado.

Estos beneficios no aplican en:

- a) Pagos por Reembolso.**
- b) Cuando la atención sea en una Nivel Hospitalario mayor al contratado.**

El Deducible contratado aplica de acuerdo a las Condiciones Generales.

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

No aplica Tope Máximo de Coaseguro si el Asegurado se atiende en un nivel hospitalario mayor al contratado.

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente los documentos a presentar en caso de Siniestro son:

a) Si la hospitalización es en Hospital Privado:

1. Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
2. Informe Médico debidamente requisitado.
3. Resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora y fecha de inicio de la hospitalización firmada por Médico Tratante.
4. Constancia hospitalaria con fecha, hora y Diagnóstico de ingreso y egreso.

b) Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

1. Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
2. Nota de Alta especificando fecha de ingreso y egreso, así como diagnóstico de ingreso y egreso y resumen clínico.

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino, los documentos a presentar en caso de Siniestros son:

a) Si la hospitalización es en Hospital Privado:

1. Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
2. Informe Médico debidamente requisitado.
3. 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.
4. Estudio Histopatológico emitido por un Médico Patólogo con cédula profesional con clasificación de acuerdo a la TNM vigente en la fecha de ocurrencia del Siniestro.

b) Si el tratamiento es en Hospital Público legalmente autorizado:

1. Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
2. Nota de Alta especificando fecha de ingreso y egreso, así como Diagnóstico de ingreso y egreso.
3. 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.
4. Estudio Histopatológico emitido por un Médico Patólogo con cédula profesional con clasificación de acuerdo a la TNM vigente en la fecha de ocurrencia del Siniestro.

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:

Tratándose de la Indemnización Diaria de Hospitalización por Accidente:

- Historia clínica completa y firmada por Médico Tratante.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Estudios histopatológicos, si aplican.

Tratándose de la Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino:

- Historia clínica completa y firmada por Médico Tratante, indicando si el tumor es Primario o secundario.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete que avalen el diagnóstico.
- Constancia hospitalaria con diagnóstico de ingreso y egreso, firmada por Médico Tratante.
- Estudio Histopatológico

Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar los originales de todas las facturas, así como los Avisos de Accidente y/o Enfermedad e informes médicos o cualquier otro documento necesario para la reclamación. Toda la documentación deberá cumplir con los requisitos legales y reglamentos fiscales que correspondan para ser válidos y quedarán en poder de Plan Seguro, una vez pagada la Indemnización correspondiente.

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

Cuando se esté solicitando el pago de dos o más padecimientos diferentes que ocurrieron al mismo tiempo, se deberá 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

1. **Salvo pacto en contrario**, los Siniestros que resulten procedentes de acuerdo a este contrato serán pagados en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que Plan Seguro reciba el total de documentos e informaciones que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
2. Todos los Siniestros cubiertos por Plan Seguro serán liquidados a cada Asegurado o Contratante mediante transferencia electrónica.

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

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente la indemnización se dará al comprobarse la hospitalización de acuerdo a las condiciones, definiciones y requisitos de la Póliza. El pago de toda indemnización procedente se realizará al Asegurado(a), a menos que haya muerto, en cuyo caso, el pago únicamente de esta cobertura se realizará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la solicitud correspondiente.

En caso de haber contratado la Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino la indemnización se dará al comprobarse el diagnóstico de acuerdo a las condiciones, definiciones y requisitos de la Póliza. El pago de toda indemnización procedente se realizará a la Asegurada, a menos que haya muerto, en cuyo caso, el pago únicamente de esta cobertura se realizará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la solicitud correspondiente.

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro del Nivel Hospitalario correspondiente a su plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a su nivel contratado, además del Coaseguro correspondiente al plan contratado, pagará quince (15) puntos adicionales sobre los gastos cubiertos, por cada nivel hospitalario superior al contratado. El Asegurado pagará quince (15) puntos adicionales al Coaseguro correspondiente al plan contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso.

En el caso Emergencia Médica no aplica la penalización por acudir a un nivel hospitalario superior o cambio de zona de atención.

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

PAGOS IMPROCEDENTES

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar el pago a Plan Seguro. En caso de que el Asegurado se realice una cirugía, procedimiento o tratamiento médico diferente al inicialmente programado, mismo que fue autorizado para ser cubierto por Pago Directo, Plan Seguro quedará en pleno derecho de cancelar la autorización del pago respectivo, quedando todos los gastos a cargo del Asegurado.

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

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

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el beneficiario omiten o la visto inmediatamente con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de julio del 2026 con el número CNSF-H0701-0077-2025/CONDUSEF-006316-17.



Cuidamos lo más *valioso de tu vida*

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

+52 55 9595 0000

www.planseguro.com.mx

