

**PLAN
SEGURO**



LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD



Condiciones Generales

Línea Integral
Individual



| | | | |
|--|----------|---|-----------|
| 1. DEFINICIONES | 5 | PADECIMIENTO CONGÉNITO. | 8 |
| ACCIDENTE CUBIERTO. | 5 | PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS. | 8 |
| ACCIONES DE SALUD. | 5 | PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. | 8 |
| AMBULATORIO. | 5 | PAGO DIRECTO. | 9 |
| ANESTESIÓLOGO. | 5 | PAGO POR REEMBOLSO. | 9 |
| ANTIGÜEDAD. | 5 | PERÍODO DE BENEFICIO. | 9 |
| ASEGURADO. | 5 | PERÍODO DE ESPERA. | 9 |
| ASEGURADO TITULAR. | 5 | PÓLIZA DE SEGURO. | 9 |
| AYUDANTE. | 5 | PREMATUREZ. | 9 |
| BASE HOSPITALARIA | 6 | PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS. | 9 |
| CAMBIOS EN LA RED DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA. | 6 | PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS. | 9 |
| COASEGURO. | 6 | RECLAMACIÓN. | 9 |
| CONTRATANTE. | 6 | RED MÉDICA. | 9 |
| DEDUCIBLE. | 6 | SIGNO. | 10 |
| DEPENDIENTES ECONÓMICOS. | 6 | SINIESTRO. | 10 |
| DEPORTES AMATEUR. | 6 | SÍNTOMA. | 10 |
| EMERGENCIA MÉDICA. | 6 | SOLICITUD DE SEGURO. | 10 |
| ENDOSO. | 6 | SUMA ASEGURADA. | 10 |
| ENFERMEDAD. | 6 | TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. | 10 |
| ENFERMEDAD CUBIERTA. | 6 | TRASLADO. | 10 |
| ENFERMERA. | 7 | TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. | 10 |
| EXTRAPRIMA. | 7 | 2. COBERTURAS BÁSICAS | 11 |
| EXAMEN PREVENTIVO. | 7 | GASTOS AMBULATORIOS. | 11 |
| HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA. | 7 | CONSULTAS MÉDICAS. | 11 |
| HOSPITALIZACIÓN. | 7 | CONSULTA MÉDICA CON NUTRIÓLOGO. | 11 |
| INDEMNIZACIÓN. | 7 | EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGÍA. | 12 |
| INFORME MÉDICO. | 7 | PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA. | 12 |
| INICIO DE COBERTURA. | 7 | CAMPAÑAS PREVENTIVAS. | 12 |
| INTERÉS ASEGURABLE. | 7 | CHECK UP EJECUTIVO. | 12 |
| MÉDICO. | 7 | REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA. | 13 |
| MÉDICO ESPECIALISTA. | 8 | EXAMEN PREVENTIVO. | 13 |
| MÉDICO TRATANTE. | 8 | CONTROL DEL NIÑO SANO. | 13 |
| ORDEN DE ATENCIÓN. | 8 | VACUNAS. | 14 |
| ÓRTESIS. | 8 | | |
| PADECIMIENTO. | 8 | | |

| | | | |
|---|----|--|----|
| GASTOS HOSPITALARIOS. | 14 | ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO. | 20 |
| ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE. | 14 | DEPORTES AMATEUR. | 20 |
| DÍA CAMA. | 15 | EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO. | 20 |
| HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. | 15 | DAÑO PSIQUIÁTRICO. | 21 |
| HONORARIOS DE CONSULTA INTRAHOSPITALARIA. | 15 | PTOSIS PALPEBRAL. | 22 |
| HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO. | 16 | ALIMENTACIÓN PARENTERAL. | 22 |
| HONORARIOS DE AYUDANTE. | 16 | EXPANSORES MAMARIOS. | 23 |
| HONORARIOS DE ENFERMERAS. | 16 | TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES. | 23 |
| HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA. | 16 | PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. | 23 |
| TRANSFUSIONES Y APLICACIONES. | 16 | CONSUMO DE OXÍGENO. | 23 |
| SALA DE URGENCIAS, QUIRÓFANO, RECUPERACIÓN, CURACIÓN, TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y CORONARIA. | 16 | RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. | 23 |
| MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES. | 17 | TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. | 23 |
| EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA. | 17 | QUIROPRÁCTICOS Y HOMEÓPATAS. | 23 |
| CUNERO Y NEONATÓLOGO. | 17 | LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO. | 23 |
| ATENCIÓN FISIOLÓGICA. | 17 | EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS. | 23 |
| PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. | 17 | PRUEBA DE VIH. | 23 |
| MEDICAMENTOS. | 17 | CIRCUNCISIÓN. | 24 |
| PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. | 17 | VACUNAS. | 24 |
| OTROS GASTOS CUBIERTOS | 18 | DEPORTES PELIGROSOS. | 24 |
| PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL. | 18 | TOXINA BOTULÍNICA. | 24 |
| REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. | 18 | GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA | 24 |
| OZONOTERAPIA. | 19 | GASTOS CUBIERTOS A PARTIR DEL DÉCIMO MES DE VIGENCIA. | 24 |
| TRASPLANTE DE ÓRGANOS. | 19 | PARTO Y CESÁREA. | 25 |
| AMBULANCIA TERRESTRE. | 19 | ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS. | 25 |
| AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA. | 19 | RECIÉN NACIDOS. | 25 |
| ATENCIONES MÉDICAS CON PRESTADORES DE SERVICIO FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO. | 20 | PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. | 25 |
| | | GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA. | 26 |
| | | GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA. | 26 |

| | |
|---|-----------|
| GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA. | 27 |
| SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). | 27 |
| 3. EXCLUSIONES GENERALES | 28 |
| 4. COBERTURAS ADICIONALES | 33 |
| COBERTURA DE CONTROL DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. | 33 |
| COBERTURA PARA MUJERES EMBARAZADAS. | 34 |
| COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA). | 35 |
| COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF). | 37 |
| PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. | 39 |
| 5. CLÁUSULAS GENERALES | 40 |
| CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO. | 40 |
| RENOVACIÓN. | 40 |
| PRIMA. | 40 |
| ALTA DE ASEGURADOS. | 40 |
| BAJA DE ASEGURADOS. | 41 |
| FORMA DE PAGO. | 41 |
| OCUPACIÓN. | 42 |
| EDAD. | 42 |
| REHABILITACIÓN. | 42 |
| TERMINACIÓN DE LA COBERTURA. | 43 |
| PERÍODO DE BENEFICIO. | 43 |
| PERÍODO DE GRACIA. | 43 |
| PERÍODO AL DESCUBIERTO. | 43 |
| CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO. | 43 |
| ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA. | 44 |
| CLÁUSULAS OPERATIVAS. | 44 |
| COBERTURA DEL CONTRATO. | 44 |

| | |
|---|-----------|
| TERMINACIÓN ANTICIPADA. | 44 |
| RESIDENCIA. | 44 |
| VIGENCIA. | 44 |
| VIGENCIA DEL CONTRATO. | 44 |
| REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD. | 44 |
| CLÁUSULAS CONTRACTUALES. | 45 |
| OBJETO DEL SEGURO | 45 |
| CONTRATO | 46 |
| COMPETENCIA. | 46 |
| PRESCRIPCIÓN. | 47 |
| OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES. | 47 |
| MONEDA. | 47 |
| OTROS SEGUROS. | 47 |
| MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. | 48 |
| INTERÉS MORATORIOS. | 49 |
| SUBROGACIÓN DE DERECHOS. | 50 |
| COMUNICACIONES. | 50 |
| PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN. | 50 |
| PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES | 51 |
| AVISO DE SINIESTRO. | 51 |
| ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA. | 51 |
| RECLAMACIONES. | 51 |
| PAGO DE RECLAMACIONES. | 52 |
| PAGOS IMPROCEDENTES. | 55 |

Plan Seguro, S.A. de C. V., Compañía de Seguros, de acuerdo con las Condiciones Generales y especiales contenidas en esta Póliza y tomando en consideración las declaraciones hechas, por el Solicitante de este Seguro, que constituyen las bases de este Contrato, cubre a la(s) persona(s) física(s) que se señala(n) en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de la misma contra los riesgos que a continuación se expresan.

1. DEFINICIONES

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

No se considera Accidente:

- Las lesiones corporales o la muerte, que hayan sido provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- Las lesiones cuyas complicaciones se manifiesten después de los sesenta (60) días siguientes a la fecha del Accidente, mismas que serán consideradas como Enfermedad.

El gasto erogado a consecuencia de un Accidente cubierto deberá ser reportado a la Compañía en los términos que se indica en el apartado Pago de Siniestros e Indemnizaciones para Aviso de Siniestro; de no ser así, será considerado como Enfermedad.

En caso de Accidente Cubierto, no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el accidente, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación acta del Ministerio Público, cuando Plan Seguro así lo requiera.

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

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

AMBULATORIO. Son todas las atenciones médicas que no requieran de Hospitalización mayor o igual a 24 horas (Enfermedades, Urgencias, Accidentes y procedimientos ambulatorios).

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

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual ha estado la persona asegurada en una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud. La Antigüedad puede ser de Póliza(s) de Plan Seguro o ser reconocida de Pólizas de otras Compañías; para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos solicite Plan Seguro al momento de solicitar la Póliza; o bien, durante los siguientes 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 en otra(s) Compañía(s) de Seguros. El Reconocimiento de Antigüedad sólo aplica para eliminar o reducir los Períodos de Espera, siempre y cuando se hayan hecho presentes los Padecimientos, síntomas o signos en las personas aseguradas con posterioridad al inicio de vigencia de la Póliza con Plan Seguro, por lo que no se cubrirán Padecimientos preexistentes ni congénitos. En caso de otorgar el Reconocimiento de Antigüedad, Plan Seguro expedirá el Endoso correspondiente.

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

ASEGURADO. Es el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos, aceptados como Asegurados por Plan Seguro, mismos que aparecen referidos en la Carátula de la Póliza y que residen en la República Mexicana.

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

AYUDANTE. Médico Cirujano titulado y legalmente autorizado que asiste durante el desarrollo de una intervención quirúrgica y cuya participación es necesaria para una cirugía.

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

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

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

El Coaseguro se aplicará por cada reclamación procedente, incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía Pago Directo.

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

DEDUCIBLE. Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado esta cantidad, comienza la obligación de Plan Seguro.

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

- a) El cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil Federal.
- b) Los hijos solteros menores de veinticinco (25) años de edad, que dependan económicamente del Asegurado Titular.
- c) Los padres del Asegurado Titular, en caso de no tener hijos, cónyuge o concubinario.

DEPORTES AMATEUR. Se define como deporte amateur cualquier deporte que se practique sin percibir algún tipo de ayuda, ya sea monetaria, en especie, becas, etc.

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

En caso de emergencia médica, ésta será cubierta de conformidad con lo señalado en gastos cubiertos (gastos ambulatorios, gastos Hospitalarios, otros gastos cubiertos, gastos cubiertos con Período de Espera), exclusiones generales y Endosos de la Póliza y/o Asegurado.

ENDOSO. Documento que forma parte del Contrato de Seguro y que modifica previo acuerdo entre las partes, las condiciones del mismo; lo estipulado en un Endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

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

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

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

ENFERMEDAD CUBIERTA. Se cubrirá cualquier Enfermedad siempre que tanto sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su

diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza y cuando no se encuentren dentro de las mencionadas en el apartado Exclusiones Generales, de estas Condiciones Generales o excluidas mediante Endosos y siempre que cumpla con el Período de Espera establecido en el apartado **GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA**.

Las Enfermedades, así como su tratamiento médico o quirúrgico, recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad que les dio origen.

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

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

EXAMEN PREVENTIVO. Actividad médica designada a diagnosticar oportunamente Enfermedades de evolución indeseable.

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

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

Dicho período 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.

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

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

INFORME MÉDICO. Documento que debe requisitar el Médico tratante en relación al procedimiento Hospitalario o ambulatorio a realizar.

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

En caso de que el Asegurado se haya dado de Alta en una Póliza de Salud de Plan Seguro y se haya otorgado el reconocimiento de antigüedad de otra (s) Compañía (s), se considerará como inicio de Cobertura la fecha a partir de la cual se reconoce la antigüedad, únicamente para efectos de eliminar o reducir los Períodos de Espera de aquellos Padecimientos indicados en estas Condiciones Generales.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad, si éste decide contratar nuevamente en el futuro su Póliza de Salud con Plan Seguro, la nueva fecha de Alta será considerada como inicio de Cobertura.

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

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la Medicina alopática en alguna de sus especialidades, legalmente autorizada para la práctica de su profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente.

MÉDICO TRATANTE. Persona que ejerce la Medicina alopática y legalmente autorizada para la práctica de su profesión, que brinda control y tratamiento al Asegurado y es el responsable del mismo hasta su recuperación.

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

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

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

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

PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS. Aquellos que por su naturaleza sean en una estancia Hospitalaria menor o igual a 24 horas.

Si el Asegurado de acuerdo a su Padecimiento o procedimiento requiere de atención ambulatoria por ningún motivo podrá ser considerada como atención Hospitalaria, ésta seguirá siendo tratada como atención ambulatoria y por ende, deberá pagar el Coaseguro correspondiente de acuerdo al plan contratado, salvo en los casos donde el Médico tratante solicite dicha Hospitalización por complicaciones del mismo y Plan Seguro lo autorice.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la Cobertura en Plan Seguro y que por sus características no pueden pasar desapercibidos, encontrándose o no declarados en el Cuestionario Médico, de conformidad con lo siguiente:

a) Que previamente a la celebración del Contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde esté indicado que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado; o bien, mediante pruebas de Laboratorio o Gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

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

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

Ante controversias que se susciten por Preexistencia, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento

arbitral independiente, como lo es ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el entendido de que el Laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. En caso de existir costo alguno de este procedimiento, será absorbido por Plan Seguro.

PAGO DIRECTO. Pago que realiza Plan Seguro directamente al prestador de servicios, por la atención médica y Hospitalaria de un Accidente o Enfermedad cubierta.

El procedimiento de Pago Directo es una forma de Indemnización adicional que ofrece Plan Seguro al Asegurado, sin que por ello quede obligado a realizarlo cuando la Póliza se encuentra en Período de Gracia.

PAGO POR REEMBOLSO. Sistema mediante el cual Plan Seguro pagará directamente al Asegurado de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la base Hospitalaria contratada, los gastos erogados por algún Siniestro procedente y que el Asegurado haya liquidado en forma directa al prestador de servicios médicos; o bien, en caso de que la Póliza se encuentre en su Período de Gracia. A dicho importe se descontará el monto correspondiente del Coaseguro de acuerdo al plan contratado.

En pago por Reembolso no aplica el límite máximo de Coaseguro por Hospitalización.

PERÍODO DE BENEFICIO. Es el plazo contado a partir de la fecha de cancelación, término de la vigencia o de la terminación anticipada de la Póliza, durante el cual se pagarán los gastos erogados por concepto de Padecimientos iniciados en la vigencia de la Póliza con Plan Seguro.

PERÍODO DE ESPERA. Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado, a fin de que los Padecimientos indicados expresamente en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera de estas Condiciones Generales puedan ser cubiertos por el Seguro, siempre y cuando las

primeras manifestaciones no ocurran durante dicho período.

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

PREMATUREZ. Todo recién nacido obtenido por parto o cesárea siendo antes de la semana treinta y siete (37) de la gestación.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS. Es el trámite que deberá realizar anticipadamente el Asegurado para solicitar el Pago Directo de un tratamiento médico o de una intervención quirúrgica que amerite Hospitalización; una vez que Plan Seguro cuente con la información necesaria, podrá dar la autorización o rechazo del trámite correspondiente.

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

RECLAMACIÓN. Es el aviso o comunicación que hace el Asegurado a Plan Seguro, informándole que ha ocurrido el acontecimiento o hecho previsto en el Contrato a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta y que da origen a un Padecimiento.

RED MÉDICA. Es aquella que se integra por los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios con quienes tiene convenio Plan Seguro para proporcionar a sus Asegurados los servicios relacionados con la Cobertura de su Póliza, así como servicios de información, apoyo y enlace dentro de la República Mexicana.

Plan Seguro informará a los Asegurados a través del portal de Internet www.planseguro.com.mx los cambios que ocurran en la Red Médica y de Hospitales.

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

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

Cada acción de salud será considerada como un Siniestro.

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

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

SUMA ASEGURADA. Es la cantidad máxima que Plan Seguro pagará a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, iniciada durante la vigencia de la Póliza, en caso que se maneje una Suma Asegurada, ésta será estipulada en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es la relación del monto o porcentaje máximo que Plan Seguro pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta, y de acuerdo a la base Hospitalaria contratada.

TRASLADO. Es el desplazamiento del Asegurado a un Hospital, Sanatorio o Clínica proporcionado por servicios profesionales de ambulancia.

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. Es la cantidad máxima a cargo del Asegurado por evento Hospitalario, de acuerdo a la base Hospitalaria contratada, misma que estará indicada en la Carátula de la Póliza.

| Base | Tope Máximo de Coaseguro hospitalario por evento |
|-------------|--|
| 2000 | 22,000 |
| Otras bases | 20,000 |

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

2. COBERTURAS BÁSICAS

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

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta e iniciada durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado incurriera en los gastos que a continuación se mencionan, Plan Seguro cubrirá el costo de los mismos, de acuerdo a las condiciones y ajustándose a los límites estipulados en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales.

Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el Accidente y/o Enfermedad cubierta, salvo lo estipulado en Otros Gastos Cubiertos en el inciso Emergencia Médica en el Extranjero.

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

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

GASTOS AMBULATORIOS.

La atención ambulatoria se otorgará a partir del primer día de vigencia de la Póliza

El Asegurado y/o Contratante tendrá la obligación de declarar a Plan Seguro al momento de ingresar o renovar su Póliza, todos los antecedentes y/o Padecimientos que pudieran influir en la apreciación del riesgo, en virtud que el objeto de estos es únicamente la detección temprana de Enfermedades y los resultados que presentan tales estudios no son vinculantes para Plan Seguro.

A) CONSULTAS MÉDICAS.

Se cubren las consultas de Médicos Generales y Especialistas que forman parte de la Red de Prestadores de servicios en convenio. Únicamente tiene que pagar el Coaseguro contratado.

En caso de que el Asegurado se atienda con Médicos que no pertenecen a la Red de prestadores de servicios de Plan Seguro se cubrirán vía Reembolso y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada.

En caso de que desee asistir con un Médico que pertenezca a una Base mayor a la contratada, deberá pagar el Coaseguro que le corresponde de acuerdo a su Base, más la diferencia del costo de la consulta de la Base elegida.

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

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

B) CONSULTA MÉDICA CON NUTRIÓLOGO.

Se cubrirán veinte (20) consultas sin pago de Coaseguro vía Reembolso de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada, las consultas de Médicos Nutriólogos únicamente para los Asegurados con Padecimientos crónicos degenerativos y obesidad, que sirvan como control y/o prevención de los mismos Padecimientos.

Al ingresar la primera reclamación de esta Cobertura deberá anexar el Informe Médico donde el Médico tratante indique los Padecimientos que presenta el Asegurado, así como: peso, talla, período de tiempo en el que deberá disminuir el peso indicado por el Nutriólogo, así como los kilogramos.

Estas consultas no están cubiertas para lo mencionado en la Exclusión 20 del apartado Exclusiones Generales.

C) EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA.

Se cubren todos los estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología que sean indicados por el Médico tratante aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la Carátula de Póliza para el tipo de gasto realizado, excepto lo indicado en Padecimientos con Período de Espera, cuando estos estudios sean realizados en los Hospitales que pertenecen a la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro. En caso de que estos estudios sean realizados en Hospitales que no pertenecen a la Red de prestadores de servicios de Plan Seguro, se cubrirán vía Reembolso, siempre y cuando el Médico tratante entregue a Plan Seguro el Informe Médico debidamente requisitado.

Para cubrir estos gastos deberán presentarse las órdenes de atención correspondientes en donde se indiquen los estudios solicitados por el Médico tratante.

D) PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA.

Se cubren los tratamientos médico-quirúrgicos y la atención de Urgencias en áreas de corta estancia o en Hospitalización menor o igual a 24 horas, pagando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para este tipo de procedimientos.

E) CAMPAÑAS PREVENTIVAS.

Se cubren las Campañas Preventivas que tienen por objetivo la detección oportuna de Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz, previene una evolución indeseable y evita que conduzca a un Padecimiento catastrófico:

- Cáncer cervicouterino.
- Cáncer de mama.

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

Éstas se realizan anualmente en colaboración con la Red de prestadores autorizada por Plan Seguro. Es importante mencionar que los cupones para realizarse los estudios se obtendrán al contratar su Póliza.

F) CHECK UP EJECUTIVO.

Se cubre por concepto de Check Up Ejecutivo únicamente para mayores de 18 años, los exámenes y/o estudios que se detallan a continuación, hasta por la Suma Asegurada de \$6,000 pesos con un Coaseguro del 30%, sin Deducible y opera vía Reembolso:

- Historia clínica con exploración física.
- Química sanguínea de 27 elementos.
- Biometría hemática completa.
- Examen general de orina.
- Rx de tórax.
- Electrocardiograma en reposo.
- Prueba de esfuerzo.
- Ultrasonido de abdomen.
- Para hombres de 40 años en adelante, agregar antígeno prostático.
- Para mujeres menores de 40 años, agregar Papanicolao y Ultrasonido de mama.
- Para mujeres de 40 años en adelante, agregar Papanicolao y Mastografía con Ultrasonido de mama.

En caso de haber ocupado el Beneficio de Check Up Ejecutivo será necesario presentar la siguiente información para el pago por Reembolso:

- Factura del Laboratorio u Hospital a nombre del Contratante.

- Copia de los resultados de la historia clínica, estudios de Laboratorio e Imagenología (no se aceptan imágenes).
- La reclamación se podrá realizar utilizando el formato de relación de gastos que se utiliza para los Reembolsos normales utilizando el concepto de Reembolso de Check Up Ejecutivo.
- No es necesario anexar Informe Médico ni aviso de Accidente y/o Enfermedad.
- El tiempo establecido para solicitar el Reembolso por concepto de Check Up Ejecutivo, es de treinta (30) días hábiles a partir de la fecha en que se realiza el Check Up. Después de este período no aplicará el Reembolso.
- No se cubre por concepto de Check Up Ejecutivo los estudios indicados por el Médico tratante con fines de diagnóstico.

G) 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 la Red de prestadores autorizados por Plan Seguro.

Esta revisión Médica Preventiva se otorga sólo en los Planes Salud 70, 80, 90 y 100 de cualquier base Hospitalaria contratada, para este Beneficio no aplica Coaseguro.

H) EXAMEN PREVENTIVO.

Se cubren para los Asegurados mayores de 12 años tendrán derecho a un examen anual de Medicina Preventiva sin costo, destinado a detectar oportunamente Enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz 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 deberá comunicarse a ServicioSeguro, Centro de Atención Telefónica Plan Seguro para el otorgamiento de este examen. Para este Beneficio aplica el Coaseguro especificado en la Carátula de la Póliza.

I) CONTROL DEL NIÑO SANO.

Se cubre de acuerdo a lo establecido en la Póliza, Plan Seguro otorga a los Asegurados en forma oportuna y sin costo, el control del niño sano hasta los 12 años de edad. Los Asegurados que opten por este control, deberán presentarse en alguno de los Módulos de Atención de Plan Seguro, con el objeto de acceder al servicio de atención que más adelante se señala.

Se cubren las consultas para el control del niño sano sin aplicación de Coaseguro, siempre y cuando la atención se realice con los prestadores de servicios de la Red de Plan Seguro, si la atención es realizada fuera de la red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso y sin Coaseguro; en ambos casos será de acuerdo al siguiente programa:

| Edad | No. de Controles | Frecuencia |
|---|---------------------|---|
| Recién Nacido (0-27 días). | 2 controles | |
| Lactante Menor desde los 28 días hasta los 11 meses). | 5 controles | 1 mes 2 meses 3 meses 5 meses 8 meses |
| Lactante Mayor (desde los 12 hasta los 23 meses). | 4 controles | 12 meses 15 meses 18 meses 21 meses |
| Preescolar desde los 2 años hasta los 5 años. | 2 controles anuales | |
| Escolar desde los 6 años hasta los 12 años. | 1 control anual | |

Estos controles no son acumulables ni retroactivos.

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

- Si la atención es realizada con Médicos que pertenezcan a la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado.
- Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado e incluyendo diez (10) puntos porcentuales adicionales de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

J) VACUNAS.

Se cubren todas las vacunas indicadas en el Esquema Nacional de Vacunación con un Coaseguro del 40% y siempre y cuando el hijo(a) haya sido dado de alta como nonato y la madre haya contratado la Cobertura de Control de Embarazo, Parto y Puerperio.

GASTOS HOSPITALARIOS.

La atención hospitalaria y/o cirugías programadas entrarán en vigor a partir del decimoquinto (15°) día de vigencia de la Póliza, aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado.

El límite máximo de Coaseguro Hospitalario en Red, será el indicado en la Carátula de la Póliza.

Los Asegurados tienen los siguientes Beneficios cubiertos:

A) ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE.

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

1. Se haya declarado en la Solicitud el uso de motocicleta como medio de transporte.
2. El Asegurado utilice casco de protección y cuente con la licencia correspondiente.
3. El Accidente ocurra dentro del mismo estado de residencia del Asegurado, el cual será tomado del domicilio indicado en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada máxima para este Beneficio será de \$200,000.00 pesos durante la vida de la Póliza y operará para uno o varios eventos, dicha Suma Asegurada no será reinstalable, aplica Coaseguro contratado en la Póliza independientemente que se trate de un Accidente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

Se excluyen todos los gastos erogados a consecuencia de:

1. **Lesiones por motociclismo que sufra el Asegurado cuando participe en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, independientemente que su uso o práctica sea ocasional u vacacional.**
2. **Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de motociclismo cuando se practique de manera amateur o profesional.**
3. **Lesiones que el Asegurado sufra por el uso de motocicleta estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares.**
4. **Accidentes causados por conducir a exceso de velocidad.**
5. **Accidentes por el uso de motocicleta como herramienta de trabajo o para el desarrollo de su trabajo.**

6. Cualquier Siniestro a causa del motociclismo que se relacione con las actividades recreativas tales como: carreras, actividades off-road, competencias y práctica.

7. Lesiones por uso de motocicleta a consecuencia directa por problemas de apnea obstructiva del sueño o trastornos de la espalda.

Las siguientes personas no son asegurables:

1. Personas con problemas de apnea obstructiva del sueño o trastornos de la espalda.

2. Personas que se sirven de motocicletas para el desarrollo de su trabajo

B) DÍA CAMA.

Se cubre en un Cuarto Privado Estándar.

Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el Hospital, previa autorización de Plan Seguro.

C) HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.

Se cubre para el Asegurado si se requiere de intervención quirúrgica, los honorarios del Cirujano serán cubiertos de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la base Hospitalaria contratada. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los Cirujanos, consultas postoperatorias y visitas Hospitalarias.

Los honorarios del Cirujano serán cubiertos utilizando el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en dicha tabla, hasta el monto máximo indicado.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos de la base Hospitalaria contratada se valorarán por similitud a las comprendidas en ésta. Cuando en una misma sesión quirúrgica se le practiquen dos o más operaciones en una misma incisión, se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas, cuando los porcentajes estipulados en el Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos sean iguales.

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

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

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

Quedan excluidos los honorarios médicos del Instrumentista.

D) HONORARIOS DE CONSULTA INTRAHOSPITALARIA.

Se cubren las consultas intrahospitalarias serán cubiertas previa autorización de Plan Seguro, con un máximo de dos (2) consultas diarias en relación con una misma Especialidad.

E) HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO.

Se cubren los honorarios del Anestesiólogo, mismos que se pagarán hasta el 30% de los honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.

F) HONORARIOS DE AYUDANTE.

Se cubren los honorarios de Ayudante si se requiere de Intervención Quirúrgica de acuerdo a:

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

G) HONORARIOS DE ENFERMERAS.

Se cubren los honorarios de Enfermera previa autorización de Plan Seguro y de acuerdo a las características del Padecimiento.

En el caso de requerir cuidados especiales de Enfermería tanto intrahospitalariamente como en el domicilio del Asegurado, deberá solicitarse autorización a Plan Seguro, y dicho requerimiento deberá de ser indicado por el Médico tratante. Los honorarios por ese concepto serán cubiertos de acuerdo con el tabulador de Plan Seguro, con un máximo de noventa (90) días, tres (3) turnos diarios de ocho (8) horas cada turno por Padecimiento. Dicho gasto será cubierto vía Reembolso.

H) HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA.

Se cubren los gastos de Honorarios del Instrumentista. Se pagarán únicamente hasta el 4% de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

I) TRANSFUSIONES Y APLICACIONES.

Se cubren para el Asegurado las transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes que sean necesarias para el control del Padecimiento. No estará cubierto ningún gasto erogado por el donador.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

J) SALA DE URGENCIAS, QUIRÓFANO, RECUPERACIÓN, CURACIÓN, TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA Y CORONARIA.

Se cubrirán los gastos originados durante la estancia del Asegurado en el área de sala de

operaciones, recuperaciones y de curaciones con sus correspondientes equipos, Terapia Intensiva, Intermedia y Coronaria incluyendo el costo de Honorarios de Médicos y Cirujanos a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad.

K) MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES.

Se cubren únicamente los medicamentos, insumos y materiales utilizados durante la estancia del Asegurado en el Hospital.

L) EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA.

Quedan cubiertos los gastos erogados por concepto de análisis de Laboratorio, de Gabinete, Imagenología, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un Padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el Médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el Padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

No se cubrirán exámenes preoperatorios de rutina en el momento de su internamiento y/o durante el mismo, así como aquellos que se encuentren indicados en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera.

M) CUNERO Y NEONATÓLOGO.

Se amparan los gastos erogados por el cunero y Neonatólogo para aquellos Asegurados incorporados entre la 27ª y la 36ª semana de gestación, siempre y cuando se haya dado de alta conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales en Requisitos de Asegurabilidad para nonatos y la madre haya contratado la Cobertura de Control del embarazo, parto y puerperio o la Cobertura para Mujeres Embarazadas.

N) ATENCIÓN FISIOLÓGICA.

Se amparan los gastos erogados por la atención fisiológica del recién nacido para aquellos

Asegurados incorporados entre la 27ª y la 36ª semana de gestación, siempre y cuando se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales en Requisitos de Asegurabilidad para nonatos y la madre haya contratado la Cobertura de Control del embarazo, parto y puerperio o la Cobertura para Mujeres Embarazadas.

Ñ) PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.

Se cubren los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de los nonatos durante la vigencia de esta Póliza, únicamente para aquellos Asegurados incorporados entre la 27ª y la 36ª semana de gestación, siempre y cuando se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales en Requisitos de Asegurabilidad para nonatos.

Cuando la madre del nonato no cuenta con Cobertura de control del embarazo, parto y puerperio, los Padecimientos congénitos estarán cubiertos hasta \$50,000.00 pesos M.N. como límite máximo de responsabilidad de Plan Seguro por Asegurado, excepto lo estipulado en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera a partir del décimo mes de vigencia.*

O) MEDICAMENTOS.

Se cubren vía Reembolso los medicamentos prescritos por el Médico tratante siempre que sean posteriores a un evento Hospitalario cubierto por esta Póliza mayor a 24 horas, con un Coaseguro del 40% y hasta un monto máximo por Asegurado y por vigencia de \$6,000.00.

P) PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.

Se Cubren los Padecimientos preexistentes declarados en la Solicitud y carta histórica de siniestralidad. Estos Padecimientos se cubren al inicio del tercer (3er) año de Cobertura continua con Plan Seguro, siempre y cuando el Asegurado no haya erogado gastos durante el Período de Espera mencionado anteriormente.

En estos casos se evaluarán los Padecimientos preexistentes declarados al momento de solicitar la Póliza mediante el llenado de la Solicitud y carta histórica de siniestralidad en la que se detalle dichos Padecimientos para su evaluación, reservándose Plan Seguro la aceptación o rechazo de los mismos, en caso de aceptación Plan Seguro emitirá el Endoso correspondiente.

Se excluyen:

- **Padecimientos preexistentes no declarados previamente en la Solicitud y carta histórica de siniestralidad.**
- **Padecimientos cardíacos, Accidentes vasculares, diabetes, Padecimientos oncológicos, SIDA, Enfermedades degenerativas y/o Padecimientos neurológicos.**

Para esta Cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad de ninguna Compañía, incluyendo Plan Seguro.

OTROS GASTOS CUBIERTOS.

A) PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL.

Se cubren los gastos que resulten del uso y/o colocación y/o la renta de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermos, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardíaca, stents, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis, prótesis discal, así como el uso y/o colocación y/o la renta de aparatos ortopédicos que se requieran, serán amparados hasta la Suma Asegurada indicada en el siguiente cuadro, aplicando el Coaseguro de la Póliza excepto en caso de Accidente.

Sólo se aplicará el Coaseguro correspondiente.

| Por concepto de: | Suma Asegurada |
|---|--------------------------------|
| Prótesis valvular cardíaca, endoprótesis cardíacas y vasculares. | 77 SMGM (por Padecimiento) |
| Stents. | 120 SMGM (por Padecimiento) |
| Marcapasos. | 40 SMGM |
| Prótesis, injertos y material de osteosíntesis de manera enunciativa mas no limitativa de hombro, cadera, codo, rodilla, prótesis discal, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, miembros artificiales y prótesis ocular. | 60 SMGM (por Concepto) |
| Prótesis, injertos y material de osteosíntesis de manera enunciativa mas no limitativa de columna (excepto prótesis discal). | 120 SMGM (por Concepto) |
| Renta o compra (esta última previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes). | 60 SMGM (por Concepto) |
| Prótesis dental a consecuencia de un Accidente. | 10 SMGM |
| Adquisición y colocación de neuroestimuladores. | 257 SMGM (por Padecimiento) |

B) REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.

Se cubre la 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 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, la Indemnización será de acuerdo a la Base de Hospitales contratada y aplicando el Coaseguro correspondiente al Plan

contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para el tipo de gasto realizado. Esta Cobertura tendrá un período máximo de Beneficio de dos (2) años a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro en el caso de secuelas derivadas de un Accidente reconocido por Plan Seguro o antes en caso de contar con el Alta respectiva.

C) OZONOTERAPIA.

Se cubre la Ozonoterapia hasta 20 sesiones por Padecimiento, con tope de Suma Asegurada de 1 SMGM máximo por cada sesión.

D) TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Se cubren los gastos médicos o quirúrgicos del receptor y únicamente los gastos médicos erogados del donante en el acto quirúrgico de la donación por trasplante de órganos, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada y hasta la Suma Asegurada de 1000 SMGM o la Suma Asegurada contratada de la Póliza, la que resulte menor, esta Suma Asegurada es para el receptor y el donante, aplicando el Coaseguro de la Póliza.

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

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

- Corazón.
- Pulmón.
- Hígado.
- Riñón.
- Médula ósea.
- Córnea.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

E) AMBULANCIA TERRESTRE.

Se cubre la ambulancia terrestre vía Reembolso el traslado al Centro Hospitalario más cercano a su domicilio con una distancia máxima de 75 Km siempre y cuando se ponga en riesgo la vida del Asegurado, incluyendo Accidentes o a consecuencia de una Hospitalización cubierta por Plan Seguro. Aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para el tipo de gasto realizado, ya sea por Accidente o por Enfermedad.

F) AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA.

Se cubren los gastos que resulten por este concepto de Ambulancia Aérea, vía Reembolso si a consecuencia de una Emergencia Médica el Asegurado requiere atención Hospitalaria, en la localidad no se cuente con los recursos médicos Hospitalarios necesarios para su atención y el Médico tratante recomiende el traslado del Asegurado. Para que esta Cobertura proceda, deberá ser autorizada previamente por Plan Seguro. Se aplicará un Coaseguro del 20% sobre el gasto incurrido, no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

No se cubrirá este concepto en los siguientes casos:

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

G) ATENCIONES MÉDICAS CON PRESTADORES DE SERVICIO FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO.

Se cubrirán las atenciones médicas con prestadores de servicio fuera de la Red y se pagarán vía Reembolso de acuerdo con los procedimientos de Plan Seguro. Serán pagados los gastos cubiertos por el Seguro de acuerdo a las Coberturas y Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada.

H) ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO.

Se cubren vía Reembolso, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada y aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para el tipo de gasto realizado, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia(s) médica(s), en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que la propia Red de servicios de Plan Seguro no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el Contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad o error de diagnóstico, entendiéndose por este último el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la propia Red de servicios de

Plan Seguro y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una Institución fuera de la Red de prestadores de servicios de Plan Seguro por la misma urgencia médica.

Cabe mencionar que para esta cláusula, respecto a los supuestos de saturación, falta de disponibilidad o error en el diagnóstico por parte de los prestadores de servicios pertenecientes a la Red de Plan Seguro, no aplicará lo previsto en el inciso c) de la cláusula de PAGO DE RECLAMACIONES.

I) DEPORTES AMATEUR.

Se cubre la práctica únicamente de los siguientes deportes que se mencionan: Fútbol soccer, Fútbol americano, Baloncesto, Voleibol, Tenis, Squash y Beisbol.

J) EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

El presente Beneficio se extiende a cubrir a los Asegurados los gastos originados por Accidentes o Emergencia Médica de acuerdo a la definición, siempre y cuando no se encuentren sujetas o condicionadas a lo indicado en Exclusiones o Gastos cubiertos con Período de Espera. Estos gastos serán cubiertos hasta el máximo estipulado en la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada y los límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

COBERTURA. Se cubren los gastos erogados que se originen por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada y a los siguientes límites:

| | |
|--|--|
| Suma Asegurada: | Equivalente en moneda nacional a 100,000 dlls. |
| Deducible (por Accidente y/o Enfermedad): | Equivalente en moneda nacional a 100 dlls. |
| Coaseguro: | No aplica. |

La Suma Asegurada estipulada para esta Cobertura es independiente a la de cualquier otra Cobertura.

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

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

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

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

- 1. No quedarán cubiertos los Padecimientos preexistentes.**
- 2. No quedarán cubiertos los Padecimientos congénitos.**
- 3. No quedarán cubiertos los Accidentes o Enfermedades cuyos signos o síntomas se hayan originado o manifestado en la República Mexicana, así como sus complicaciones, sean o no motivos de la estancia o el viaje.**
- 4. No estará cubierta la operación cesárea.**
- 5. El embarazo y sus complicaciones no estarán cubiertos cualesquiera que fuesen sus causas (Accidente o Enfermedad), incluyendo la Cobertura**

adicional del Programa de control del embarazo, parto y puerperio, en el caso de que esta Cobertura haya sido contratada.

- 6. No quedarán cubiertos los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia.**
- 7. No quedará cubierto el servicio de Enfermera fuera del Hospital.**
- 8. Los Gastos Médicos Amparados por las Condiciones Generales de la Póliza, que no cumplan con la condición de Emergencia Médica.**
- 9. Por concepto de habitación quedará excluida toda aquella tarifa que no sea correspondiente a cuarto semi - privado.**
- 10. No quedarán cubiertos los estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que seana consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.**
- 11. Son aplicables para este Beneficio, las Exclusiones generales estipuladas en este Contrato.**
- 12. Quedan excluidos los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados, ocurridos con posterioridad a los tres (3) meses fuera de la República Mexicana.**

K) DAÑO PSIQUIÁTRICO.

Se cubre el tratamiento psiquiátrico siempre y cuando sea por juicio del Médico tratante, cuente con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico

Psiquiatra perteneciente a la Red de Plan Seguro y el Asegurado lo requiera a consecuencia de:

- a) Haber sufrido algún Accidente cubierto por las Condiciones Generales de la Póliza.
- b) Habérsele diagnosticado alguna Enfermedad Terminal, única y exclusivamente: Cáncer de cualquier tipo, Enfermedad cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- c) Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - Asalto.
 - Secuestro.
 - Violación.

Los gastos cubiertos del tratamiento psiquiátrico son:

1. Honorarios del Médico Psiquiatra perteneciente a la Red de Plan Seguro de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada 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 incisos anteriores.
2. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un (1) año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, siempre que sean prescritos por el Médico Psiquiatra perteneciente a la Red de Plan Seguro.

Esta Cobertura está amparada únicamente dentro del Territorio Nacional de acuerdo a la Base contratada y aplicando el Coaseguro contratado.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DAÑO PSIQUIÁTRICO.

- 1. La ansiedad y/o depresión, salvo que la misma se derive de una Enfermedad o Accidente cubierto por Plan Seguro.**
- 2. Los Padecimientos preexistentes declarados o las complicaciones o las secuelas de estos.**
- 3. Cualquier gasto complementario cuya fecha de ocurrencia sea posterior a un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica cubierta por Plan Seguro.**
- 4. Los honorarios y los medicamentos prescritos por un Médico Psiquiatra fuera de la Red de Prestadores de Servicios Médicos de Plan Seguro.**
- 5. Los honorarios médicos y los medicamentos necesarios cuando el tratamiento psiquiátrico no sea consecuencia de los eventos mencionados en los incisos de la presente Cobertura.**

L) PTOSIS PALPEBRAL.

Se cubre el tratamiento médico y/o quirúrgico con el fin de corregir la ptosis palpebral, siempre y cuando se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto, de lo contrario no estará cubierto por Plan Seguro.

M) ALIMENTACIÓN PARENTERAL.

Se cubre la alimentación parenteral, siempre y cuando se trate de Hospitalización y hasta un límite de treinta (30) días por Padecimiento, ya sean vía Pago Directo o Reembolso.

N) 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.

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

Ñ) TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES.

Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de 10 SMGM al momento del tratamiento.

O) PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.

Se cubren Padecimientos de nariz o senos paranasales derivados de un Accidente para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como copia de la atención de urgencia que recibieron. Este Beneficio operará con un Deducible de \$1,500.00 y Coaseguro del 35%, para tratamientos médicos quirúrgicos.

P) CONSUMO DE OXÍGENO.

Se cubrirán los gastos por consumo de oxígeno siempre que sea necesario para el tratamiento del Padecimiento, ya sea dentro o fuera del Hospital, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

Q) RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

Se cubren los gastos por tratamientos de Radioterapia y Quimioterapia de acuerdo a la Base Contratada, siempre que sean necesarios e indicados por el Médico tratante.

R) TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.

Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierto ocurrido durante la vigencia de la Póliza. Se requiere que el Asegurado presente estudios, radiografías y fotografías donde se haga constar el daño causado.

S) QUIROPRÁCTICOS Y HOMEÓPATAS.

- Se cubren los tratamientos realizados por Quiroprácticos con Cédula profesional, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada vía Reembolso.
- Se cubren las consultas de Homeópatas con Cédula profesional de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado vía Reembolso.

T) 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.

U) EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.

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

V) 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 Período de Espera.

W) CIRCUNCISIÓN.

Se cubren los gastos erogados hasta la Suma Asegurada contratada por concepto de circuncisión sin aplicar Deducible ni Coaseguro. La circuncisión se entiende como la intervención quirúrgica mediante la cual se efectúa la extirpación parcial o total del prepucio.

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

X) VACUNAS.

Se encuentran cubiertas las siguientes vacunas:

- **Vacunas antirrábicas.** De acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.
- **Vacuna Antirogham.** Para el recién nacido asegurado, siempre que sea RH negativo.
- **Vacuna de tipo inmuoalérgicas así como desensibilización inmunológica.** Que se requieren para cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico.

Estos tres beneficios están cubiertos hasta una Suma Asegurada de \$20,000.00 pesos por asegurado.

Y) DEPORTES PELIGROSOS.

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

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

Z) TOXINA BOTULÍNICA.

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

GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA

GASTOS CUBIERTOS A PARTIR DEL DÉCIMO MES DE VIGENCIA.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO. Se cubren únicamente las complicaciones de embarazo, parto, cesárea o puerperio de la Asegurada, enunciadas a continuación:

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

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

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del Hospital, incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 65 SMGM, aplicando el Coaseguro contratado.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- 1. Se excluye el embarazo, parto prematuro y puerperio, así como sus complicaciones y las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- 2. Se excluyen las complicaciones del embarazo, parto, cesárea y puerperio cuando éste sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- 3. Se excluyen todos los gastos y/o complicaciones de cualquier tratamiento de infertilidad o esterilidad.**

PARTO Y CESÁREA. Se cubren los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea de la Asegurada, únicamente dentro de la República Mexicana, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del evento, con este Beneficio.

Se cubrirán los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el Alta del Hospital incluyendo los Honorarios Médicos-Quirúrgicos y hasta un límite de 15 SMGM, sin aplicar Coaseguro. No se cubrirá ningún otro gasto anterior o posterior al parto o cesárea, tales como consultas médicas, medicamentos, cualquier tipo de estudios y/o procedimientos etc., excepto los mencionados como complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio.

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

ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS. 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, con este Beneficio.

Se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada, siempre y cuando sea recomendado por el Médico tratante y esté en riesgo la vida o integridad de la madre Asegurada con un límite de 7 SMGM, sin aplicar Coaseguro.

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

RECIÉN NACIDOS. Se cubren los Padecimientos congénitos estipulados en este apartado, 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 el recién nacido haya sido de Alta conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales para la Cláusula de Requisitos de Asegurabilidad; es decir, notificando a Plan Seguro, durante los treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la Prima del nuevo Asegurado, para lo cual es necesario presentar Solicitud de ingreso, acta de nacimiento y/o constancia de alumbramiento correspondiente.

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

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Se cubren los gastos originados desde el primer día de nacido por Padecimientos congénitos, así como por intervenciones de cirugías correctivas que se requieran de los hijos nacidos durante la vigencia de esta Póliza, hasta la Suma Asegurada de la Póliza, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en las Cláusulas Generales; es decir, notificando a Plan Seguro durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la Prima del nuevo Asegurado, para lo cual es necesario presentar el Acta de Nacimiento o Constancia de Alumbramiento correspondiente.

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

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

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.

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

- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía. Este Beneficio opera con un Deducible de 3,000.00 y con Coaseguro del 50%.
- Amigdalectomía.
- Adenoidectomía.
- Hernioplastias, excepto lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Eventraciones.
- Hemorroidectomía.
- Padecimientos anorrectales.
- Colectectomía.
- Padecimientos prostáticos.
- Osteoporosis hasta 20 SMGM por vigencia.
- Cirugía refractiva. Se cubren los gastos médicos erogados por cirugía refractiva hasta 7 SMGM sin Deducible ni Coaseguro, para corregir los problemas de miopía, astigmatismo, presbiopía

o hipermetropía, previa presentación de los Estudios avalados por un Médico Oftalmólogo de la Red de Plan seguro, siempre que el Asegurado tenga una deficiencia visual en cada ojo que sea mayor o igual a cinco (5) dioptrías y sujeto a aprobación de la Dirección Médica en donde ésta podrá solicitar una segunda opinión médica con el Médico que la Compañía determine. En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.

Este Beneficio se otorga por única vez durante la vida del Asegurado independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos. Será cubierta únicamente en territorio nacional.

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

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.

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

- Prostatectomía.
- Histerectomía y Miomectomía uterinas.
- Padecimientos ginecológicos.
- Endometriosis.
- Colpoperineorrafias.
- Cualquier operación reconstructiva de piso perineal.
- Hallux valgus (juanetes).
- Faquectomía.

- Cirugía de columna vertebral (excepto caso de Accidente).
- Cirugía de rodilla (excepto en caso de Accidente).
- Cáncer. Se cubre el cáncer de cualquier tipo, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante en el Período de Espera estipulado, ya que de presentarse durante el mismo, este Padecimiento será considerado como Exclusión.
- Salpingoclasia o Salpingectomía.
- Vasectomía.

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

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA.

Estarán cubiertos después de transcurrido el cuarto (4to.) año de vigencia continua en Plan Seguro para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico, los gastos resultantes de:

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

Queda amparada la Atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) con Período de Espera de 4 años continuos e ininterrumpidos en el producto Salud Integral de Plan Seguro contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Período de Espera estipulado, ya que de presentarse durante el mismo, este Padecimiento será considerado como Exclusión.

En caso de que el Asegurado contara con este Beneficio en alguna Compañía anterior, deberá presentar a Plan Seguro la Carátula de Póliza y/o Endoso en donde esté especificado que dicho Beneficio estaba cubierto, los recibos de pago de las Primas correspondientes y una prueba Serológica negativa del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) en un plazo no mayor a treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la Póliza contratada en el producto Salud Integral de Plan Seguro, para otorgarle el reconocimiento de antigüedad correspondiente.

En este caso, el Período de Espera de 4 años, se verá disminuido o eliminado de acuerdo al período de tiempo continuo e ininterrumpido reconocido por Plan Seguro; el período de tiempo no reconocido deberá transcurrirlo en el producto Salud Integral de Plan Seguro, en cuyo caso las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no deberán ocurrir durante el Período de Espera por transcurrir, ya que de presentarse durante el mismo, este Padecimiento será considerado como Exclusión.

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

El período mínimo de aseguramiento ininterrumpido para otorgar el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de esta Cobertura, será de un (1) año.

3. EXCLUSIONES GENERALES

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza excluye los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que se enumeran a continuación:

1. Cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico y/o quirúrgico a consecuencia de Padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este Contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Plan Seguro.
2. Todos los medicamentos excepto los usados durante la Hospitalización y los indicados en el apartado Gastos Médicos Cubiertos.
3. Padecimientos preexistentes.
4. La Hospitalización, tratamiento médico quirúrgico, por lesiones o Enfermedades producidas en servicio militar de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas siempre que el Asegurado sea el provocador.
5. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
6. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aún cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.
7. Lesiones que el Asegurado, sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.
8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
9. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de los siguientes deportes peligrosos de manera enunciativa mas no limitativa: de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes. Para efectos de esta Exclusión no se considera como deporte peligroso: hockey, equitación, fútbol americano, artes marciales y karate.
10. Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular

- de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.
11. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de Padecimiento psicológico o nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, cefaleas tensionales, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
 12. Cualquier Padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, siempre y cuando el afectado sea el responsable directo, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un Médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, siempre y cuando el Padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.
 13. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de infertilidad, esterilidad, disfunción sexual (procedimientos quirúrgicos con fines de recanalización tubárica bilateral o de conductos deferentes).
 14. Legrados uterinos cualquiera que sea su causa, excepto lo indicado en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera o que se haya contratado la Cobertura de Control del Embarazo, Parto y Puerperio o la Cobertura de Mujer Embarazada.
 15. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
 16. 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 apoye el diagnóstico.
 17. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización queloide, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la Póliza.
 18. Gastos ocasionados por diagnósticos, tratamiento médico o quirúrgico así como todo lo secundario al Padecimiento y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso (de manera enunciativa mas no limitativa, cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica, etc.), tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
 19. Gastos ocasionados por diástasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.

20. Gastos erogados por recién nacidos a consecuencia de Padecimientos preexistentes, cunero, Neonatólogo y atención fisiológica, excepto que se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales en Requisitos de Asegurabilidad para nonatos.
21. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y Padecimientos congénitos y sus consecuencias de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza y para aquellos Asegurados que no contaban con la Cobertura como nonato.
22. La Hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, exámenes o estudios especiales que puedan ser efectuados en forma ambulatoria aún cuando exista indicación médica expresa, excepto lo mencionado en el apartado Gastos Médicos Cubiertos.
23. 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 el apartado Gastos Médicos Cubiertos para Revisión Médica Preventiva.
24. Durante la Hospitalización, queda excluido el servicio de Enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.
25. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, 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.
26. Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.
27. Alimentación parenteral, salvo que se trate de Hospitalización, caso en el que se otorgará el servicio con un límite de 30 días por Padecimiento, en donde se cubrirá según lo indicado en el apartado Gastos Médicos Cubiertos.
28. Las consultas de Médicos Especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica, acné, cuperosis, así como los tratamientos con base en Hipnosis, Crioterapias y Quelaciones.
29. 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.

- 30. Queda excluida la Mastectomía profiláctica, así como sus complicaciones.**
- 31. Tratamientos y estudios de diagnóstico y/o control de Laboratorio, Gabinete e Imagenología relacionadas con menopausia, climaterio, tabaquismo, control del sueño (Polisomnografía), cualquiera que sea la etiología del Padecimiento o trastorno a descartar.**
- 32. No estarán cubiertas las pruebas de compatibilidad en casos de transfusiones o trasplante de órganos.**
- 33. No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Enfermedades o Accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- 34. No estarán cubiertos los tratamientos de Acupuntura, naturistas u otro tipo de Medicina alternativa.**
- 35. 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.**
- 36. No se cubrirán gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal.**
- 37. No están cubiertas:**
- a. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.**
 - b. Lesiones o Padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.**
 - c. Lesiones o Padecimientos producidos por contaminación radioactiva.**
 - d. Lesiones, Padecimientos o Enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando estas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- 38. Tratamientos que requieran el uso de Cámara Hiperbárica.**
- 39. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.**
- 40. Cualquier Padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.**
- 41. No se cubre el tratamiento Médico y/o quirúrgico con Focus Exablate.**
- 42. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aún las que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.**

- 43. No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, cremas, cremas hidratantes, protectores o bloqueadores solares, cosméticos, desodorantes, llamadas telefónicas, compact disc, shampoo, lociones, lociones astringentes, maquillaje, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, flores, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones, y gasas; sabana térmica, medias TED, servicio de fotografía, servicio de video, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, fotografías, atención especializada de Hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sabana desechable, esponjas para baño; así como cualquier gasto erogados por el acompañante.**
- 44. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psicológico independientemente de su causa.**
- 45. Quedan excluidos todos aquellos Padecimientos en los que no exista un daño o alteración orgánica demostrable mediante estudios de Laboratorio y/o Gabinete por lo que se determine que su origen o causa es por estrés. Plan Seguro se reserva el derecho a solicitar la información necesaria para la adecuada valoración de estos casos.**

4. COBERTURAS ADICIONALES.

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

COBERTURA DE CONTROL DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

Quedarán cubiertos los gastos originados por el control del embarazo, parto, cesárea, puerperio y cualquiera de sus complicaciones hasta la Suma Asegurada indicada en la siguiente tabla:

| Concepto | Cobertura de Control del Embarazo, Parto y Puerperio con tope. | Cobertura de Control del Embarazo, Parto y Puerperio sin límite. |
|-------------------------------|--|--|
| Parto y/o Cesárea. | 20 SMGM | Sin límite |
| Aborto y/o Legrados uterinos. | 65 SMGM | Sin límite |
| Complicaciones embarazo. | 65 SMGM | Sin límite |

Siempre y cuando no se encuentren sujetas o condicionadas a lo indicado en el apartado Exclusiones Generales, se haya contratado esta Cobertura y se haya obligado a pagar la Prima correspondiente.

Estos gastos serán amparados hasta el máximo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada y los límites establecidos en la Carátula de la Póliza o Endoso, que se haya contratado.

La edad de aceptación para esta Cobertura es de los 18 años cumplidos a los 39 años. Se podrá renovar a los 40 años cumplidos únicamente si la Asegurada

estuviera embarazada para la renovación, en ningún otro caso se podrá renovar después de los 39 años.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación para otorgar esta Cobertura a las mujeres que lo soliciten, de acuerdo a los resultados obtenidos en la Solicitud de Seguro y de acuerdo al Informe Médico de su Ginecólogo.

Esta Cobertura operará siempre que la gestación inicie después de cuatro (4) meses de haberla contratado.

Para esta Cobertura no aplica el Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías ni de Plan Seguro, excepto que esta Cobertura haya sido contratada por vigencias ininterrumpidas.

Se cubren las consultas para el control del embarazo, parto y puerperio sin aplicación de Coaseguro, siempre y cuando la atención se realice con los prestadores de servicios de la Red de Plan Seguro y de acuerdo al siguiente calendario:

| Período | Frecuencia |
|--|-------------|
| En el transcurso de las primeras 21 semanas. | 2 controles |
| Entre la semana 22 y 26 | 1 control |
| Entre la semana 27 y 32 | 1 control |
| Entre la semana 33 y 37 | 1 control |
| Entre la semana 38 y 40 | 2 controles |
| Puerperio (a los 15 días del parto). | 1 control |

Estas Consultas no son acumulables ni retroactivas.

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

- Si la atención es realizada con Médicos que pertenezcan a la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado.

- Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado e incluyendo diez (10) puntos porcentuales adicionales de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE CONTROL DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:

1. Estudios de tipo genético para obtener el estado de salud del feto; o bien, para determinar las causas de abortos previos o malformaciones congénitas.
2. Estudios triple suero materno, amniocentesis, TORCH y Ultrasonido en tercera y cuarta dimensión.
3. Se excluyen el embarazo y puerperio, así como sus complicaciones y las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.
4. Se excluyen las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.

PREVALENCIA. En caso de haber contratado la Cobertura opcional denominada Control del embarazo, parto y puerperio con costo, su aplicación deja sin efecto lo previsto en Condiciones Generales, en su apartado denominado Gastos Cubiertos con Período de Espera para Gastos Cubiertos a partir del décimo mes de vigencia, en todo lo que se contraponga.

COBERTURA PARA MUJERES EMBARAZADAS.

Quedarán cubiertos los gastos originados por el parto, cesárea, puerperio y cualquiera de sus complicaciones hasta la Suma Asegurada indicada en la siguiente tabla:

| Concepto | Suma Asegurada |
|-------------------------------|----------------|
| Parto y/o Cesárea. | Sin límite |
| Aborto y/o Legrados uterinos. | 65 SMGM |
| Complicaciones de embarazo. | 65 SMGM |

Y bajo lo siguiente (siempre y cuando no se encuentren sujetas o condicionadas a lo indicado en Exclusiones Generales, se haya contratado esta Cobertura y se haya obligado a pagar la Prima correspondiente):

1. Se cubren los gastos de consultas sin aplicación de Coaseguro y de acuerdo al calendario que se indica:

| Período | Frecuencia |
|--|-------------|
| En el transcurso de las primeras 21 semanas. | 2 controles |
| Entre la semana 22 y 26 | 1 control |
| Entre la semana 27 y 32 | 1 control |
| Entre la semana 33 y 37 | 1 control |
| Entre la semana 38 y 40 | 2 controles |
| Puerperio (a los 15 días del parto). | 1 control |

Estas consultas no son acumulables ni retroactivas.

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

- Si la atención es realizada con Médicos que pertenezcan a la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado.

- Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, aplicando el Coaseguro correspondiente al plan contratado e incluyendo diez (10) puntos porcentuales adicionales de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.
- 2. Se cubren los estudios de diagnóstico de Laboratorio, Gabinete e Imagenología siempre que sean autorizados por el Área Médica de Plan Seguro. Esta Cobertura también cubre los gastos erogados por Hospitalización.
- 3. Estarán cubiertos los honorarios quirúrgicos del primer Ayudante y Anestesiólogo y se cubrirán los honorarios del segundo ayudante siempre y cuando este último sea autorizado por el Área Médica de Plan Seguro. Estos gastos se cubrirán hasta el máximo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos Quirúrgicos que opera para la opción de atención Hospitalaria elegida.

La edad de aceptación para esta Cobertura es de los 18 años cumplidos a los 40 años y podrá ser contratada en cualquier mes de gestación, siempre y cuando esté autorizada por el Área Médica y el Área Técnica de Plan Seguro.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación para otorgar esta Cobertura a las mujeres que lo soliciten, de acuerdo a los resultados obtenidos en la Solicitud de Seguro y de acuerdo al Informe Médico de su Ginecólogo.

Esta Cobertura opera únicamente con siete (7) opciones de atención Hospitalaria en el D.F: Médica Sur, Hospital de México, Star Médica Santa Fe, Hospital CAMI, Hospital San Angel Inn Sur, Hospital MIG y Hospital Merlos; o en el interior de la República Mexicana en Hospitales de acuerdo a la base contratada y previa autorización de Plan Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PARA MUJERES EMBARAZADAS:

- 1. Estudios de tipo genético para obtener el estado de salud del feto; o bien, para determinar las causas de abortos previos o malformaciones congénitas.**
- 2. Estudios triple suero materno, amniocentesis, TORCH y Ultrasonido en tercera y cuarta dimensión.**
- 3. Se excluyen el embarazo, parto prematuro y puerperio, así como sus complicaciones y las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- 4. Se excluyen las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

PREVALENCIA. En caso de que la Cobertura para mujeres embarazadas con costo se contraponga a alguna a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta Cobertura.

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

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

COBERTURA. Se otorga una Indemnización por día de Hospitalización en caso de Accidente, contados desde el primer día siempre y cuando el Asegurado haya permanecido Hospitalizado cuando menos 48 horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún Accidente amparado y ocurrido dentro de la

vigencia de la Póliza y de la contratación de esta Cobertura hasta por la Suma Asegurada por día contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endoso.

El período máximo de tiempo de Hospitalización que Plan Seguro estará obligado a pagar por Evento es de 90 días ininterrumpidos y en ningún caso Plan Seguro estará obligado a pagar más de dos Eventos por año. Dichos Eventos deberán ser consecuencia de diferentes Accidentes.

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

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

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

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

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

Se define como Evento, cualquier Accidente amparado que sufra el Asegurado.

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

- a. Hospitalización por enfermedades.
- b. Hospitalización por enfermedades preexistentes y/o anomalía, deformidad o enfermedad que se presente desde el nacimiento aunque se manifiesten posterior a un accidente.
- c. Hospitalización por padecimientos, 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 a consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol y/o droga siempre y cuando el afectado sea responsable directo.
- f. Hospitalización por accidentes para tratamientos o procedimientos experimentales.
- g. Hospitalización por accidente a consecuencia de padecimientos psiquiátricos, demencia senil o abandono familiar.
- h. Hospitalizaciones por accidente que no sean médicamente necesarias o que no sean prescritas por el Médico tratante.

i. Hospitalización que se necesite derivada de accidentes o lesiones que se originen por actividades, trabajos, deportes peligrosos o riesgosos, tales como:

- 1. Participar en actos de guerra, rebelión, actos delictivos, motín, revolución, situaciones bélicas o riña.**
- 2. Colaborar o trabajar en cualquier organismo policíaco, militar, de seguridad pública o privada o que utilice armas para desempeño de su trabajo.**
- 3. Practicar paracaidismo, parapente o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, rapel lucha (de cualquier tipo), ala delta, rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales, o cualquier deporte profesional.**
- 4. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia.**
- 5. Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.**
- 6. Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para**

transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.

- 7. Trabajar como Bombero, Electricista que maneje media y/o alta tensión, personas que manejen sustancias peligrosas y/o explosivos y trabajos en grandes alturas o subacuáticas.**

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

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).

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

COBERTURA. En caso de que a la Asegurada sea diagnosticada por primera vez de cáncer en alguno de los siguientes órganos de acuerdo a la definición y una vez transcurrido el Periodo de Espera de 180 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 20 años y hasta los 55 años.

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

Para esta Cobertura, no aplica reconocimiento de antigüedad de otras Compañías, ni de Plan Seguro.

Se define como Evento, cualquier diagnóstico de Cáncer cubierto por Plan Seguro.

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

Los siguientes cánceres están excluidos:

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

Notas

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA:

Esta cláusula opcional no cubre los siguientes gastos:

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

- d. Diagnósticos realizados dentro del Período de Espera.**
- e. Diagnósticos realizados después del fallecimiento de la Asegurada.**
- f. Diagnósticos realizados por Médicos que sean familiares directos del Asegurado como padres, hijos, cónyuge y hermanos.**

PREVALENCIA. En caso de que la Cobertura de Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente, opcional con costo se contraponga a alguna(s) de las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en esta Cobertura.

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

REDUCCIÓN DE COASEGURO PARA PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE

Esta Cobertura forma parte integral de las Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores, siempre y cuando se haya contratado esta Cobertura y obligado a pagar la Prima correspondiente. En la Carátula de la Póliza vendrá indicada la contratación de la misma.

COBERTURA. Quedan cubiertos los gastos erogados por Padecimientos de Nariz y Senos Paranasales derivados de un Accidente para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como copia de la atención de urgencia que recibieron.

Este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del 25%.

Para esta Cobertura no operan las reglas definidas en el apartado **LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO** para participación del Asegurado en una Reclamación.

5. CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.

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

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

Las Pólizas que sean renovadas automáticamente se harán bajo condiciones congruentes a las originalmente contratadas, así como también se ofrecerá una Red Médica y Hospitalaria similar a la originalmente contratada. Lo anterior de conformidad con los Productos que se encuentren registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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.

PRIMA. La Prima total de esta Póliza es la suma de las Primas de cada uno de los Asegurados, correspondientes a las Coberturas contratadas, de acuerdo al sexo, edad alcanzada y riesgo a la fecha de la emisión. Si existe una agravación de riesgo en la suscripción de cada uno de los Asegurados, a juicio de Plan Seguro, podrá aceptarlos mediante el cobro de una Extraprima; o bien, rechazarlos.

En cada renovación la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas y planes en vigor a esa fecha, utilizando las tarifas que resulten de aplicar las bases técnicas vigentes para este producto registrado en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; o bien, la tarifa que haya sido determinada conforme a la tarificación por experiencia propia.

En caso de Alta de un Asegurado, Plan Seguro cobrará al Contratante la Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del Alta hasta el vencimiento del período en curso.

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, sus ascendientes o descendientes en línea recta.

ALTA DE ASEGURADOS. El Asegurado Titular deberá llenar una nueva solicitud para la inclusión de otros Dependientes Económicos, los cuales podrán

quedar cubiertos cuando la Compañía acepte el riesgo conforme a los requisitos de asegurabilidad solicitados y cuando se haya obligado a pagar la Prima correspondiente.

Cuando el Asegurado Titular contraiga matrimonio o esté en concubinato, el cónyuge o concubinario que posea tal carácter podrá quedar igualmente cubierto, siempre y cuando se dé aviso por escrito a Plan Seguro durante los primeros treinta (30) días naturales, presentará cuestionario(s) médico(s), solicitud debidamente llenada y firmada por el Asegurado (en caso de haber contraído matrimonio anexar acta de matrimonio y en caso de concubinato deberá acreditar carácter de concubino conforme a las disposiciones relativas en el artículo 1635 del Código Civil) y se haya obligado a pagar la Prima correspondiente.

En caso de Alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, Plan Seguro cobrará la Prima correspondiente del Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la Póliza.

Las Altas de nonatos y recién nacidos o niños de hasta 14 años de edad se harán conforme a lo indicado en estas Condiciones Generales.

BAJA DE ASEGURADOS. Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la familia asegurada. Los Beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por Siniestros que se encuentren dentro del Período de Cobertura. En caso de existir algún Siniestro afectando la Póliza, no habrá devolución de Prima; en caso contrario, se devolverá el 53.5% de la Prima neta pagada no devengada.

Se excluirán de la Cobertura de esta Póliza, a partir del momento en que se notifique a Plan Seguro cualquiera de las siguientes situaciones citadas a continuación, debiéndose adjuntar la tarjeta de identificación debidamente inutilizada o a partir de la siguiente renovación:

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

- a) Contraigan matrimonio.
- b) Reciban remuneración por trabajo personal.
- c) Cumplan 25 años de edad.

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

- a) En caso de divorcio o término del concubinato.

En caso de que se tenga cubierto a un nonato y se solicite la Baja de la madre Asegurada después de la fecha de nacimiento y/o durante los dos primeros años de Cobertura del recién nacido, se cancelará de manera automática la Póliza del recién nacido salvo que se encuentre asegurado al menos uno de sus padres, abuelos; o bien, un hermano mayor de 18 años.

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, mismo que se dará a conocer por escrito al Asegurado y podrá modificarse anualmente. Si la Prima anual se va a liquidar de manera fraccionada, las exhibiciones serán por períodos de tiempo de igual duración, siempre y cuando estos no sean inferiores a un mes. En caso de que la Póliza se viera afectada por un Siniestro ocurrido dentro del período pagado y la Prima fuera de manera fraccionada, Plan Seguro deducirá de la Indemnización a pagar al Asegurado, el total de la Prima pendiente de pago que corresponda a las parcialidades por devengar.

La Prima vence al momento de celebrar el Contrato y cada una de las fracciones vencerá al inicio de cada período pactado. A partir del vencimiento de la Prima correspondiente el contratante dispondrá de un Período de Gracia. Transcurrido el Período de Gracia, si el pago no se ha realizado, los efectos de

este Contrato cesarán automáticamente, perdiendo el Asegurado todos los derechos de antigüedad que tenía en la Póliza.

Cuando el Asegurado contrate la Cobertura Básica de Salud así como la Cobertura adicional de programa de control del embarazo y puerperio, podrá elegir liquidar la Prima en forma anual o semestral.

Para cubrir al nonato el Contratante podrá elegir forma de pago anual o fraccionado, en caso de elegir esta última operará un Deducible al momento de ocurrir el nacimiento, el cual se aplicará de la siguiente manera:

| | |
|---|--|
| Plan Base 2000, Base cero y Base AA: | El Deducible será de \$5,000.00 pesos M.N. |
| Plan Base A y Base B: | El Deducible será de \$3,000.00 pesos M.N. |

Si su Póliza otorga Cobertura con una red cerrada o semi cerrada, se aplicará el Deducible de acuerdo a la clasificación vigente que se tiene para los Hospitales de acuerdo a cada Base Hospitalaria.

El Deducible aplica siempre, independientemente que se trate de Pago Directo o Reembolso.

Si se elige forma de pago anual, el Deducible de la Cobertura será de cero pesos.

Las Primas convenidas deberán pagarse en el domicilio de las Oficinas de Plan Seguro indicado en la Carátula de la Póliza a cambio de un recibo expedido por la misma.

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

la nueva ocupación y/o actividad, aunque ésta no haya influido en la realización del Siniestro.

EDAD. Plan Seguro podrá asegurar a personas desde el primer día de nacidos sin límite de edad máxima de aceptación, siempre y cuando 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.

La edad de contratación de Seguro para los nonatos será entre la 27ª y la 36ª semana de gestación, siempre y cuando cumpla con los requisitos de asegurabilidad estipulados por Plan Seguro.

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:

- Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, la Compañía reembolsará el 53.5% de la Prima que pagó en exceso al Contratante, las Primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

REHABILITACIÓN. Cuando la Póliza vigente cese en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días hábiles siguientes al vencimiento del 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 en breve.

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

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: La Cobertura de cada uno de los Padecimientos cubiertos terminará automáticamente con cualquiera de los siguientes eventos:

1. Cuando el Padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el Padecimiento.
2. Terminación de la vigencia de la Póliza, salvo lo indicado en la cláusula de Período de Beneficio.
3. Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.

PERÍODO 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 del mismo a través del Alta médica o al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes, lo que ocurra primero.

Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por conceptos de Padecimientos

iniciados en la vigencia de esta Póliza con Plan Seguro, estos se cubrirán hasta certificarse la curación del Padecimiento de que se trate a través del alta médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta dos (2) años contados a partir de la fecha de término de vigencia o a partir de la fecha de cancelación de la Póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

PERÍODO 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 quince (15) días naturales para el pago. (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). En este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia de su pago vía Reembolso.

PERÍODO AL DESCUBIERTO. Comienza a las 12 horas del día en que vence el Período de Gracia y concluye al recibir el pago completo de la Prima o fracción previamente pactada, siempre y cuando el pago sea aceptado por Plan Seguro, quedando excluidas las Enfermedades y/o Accidentes cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante este período al igual que los gastos erogados a consecuencia de dichas Enfermedades y/o Accidentes, así como sus complicaciones y secuelas ocurridas ya iniciada la Cobertura, aún y cuando el diagnóstico haya sido dado a conocer con posterioridad a la conclusión de este período.

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

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

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

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA.

Para este Beneficio, Plan Seguro reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) Compañía(s), únicamente para efectos de reducir o eliminar los Períodos de Espera descritos en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera.

CLÁUSULAS OPERATIVAS.

COBERTURA DEL CONTRATO.

- I. **Accidente.** En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza.
- II. **Enfermedad.**
 - a) **Gastos Ambulatorios.** Los gastos ambulatorios serán amparados por esta Póliza a partir del primer día de vigencia de la Póliza.
 - b) **Gastos Hospitalarios.** Los gastos Hospitalarios serán amparados por esta Póliza a partir del decimoquinto (15º) día de vigencia de la Póliza.

Se reconocerá la antigüedad del Asegurado en otras Compañías, siempre y cuando la Póliza cuente con dicho reconocimiento o cumpla con los requisitos que para este Beneficio solicita Plan Seguro.

En caso de Accidente o Enfermedad, estas serán cubiertas de conformidad con lo señalado en Gastos Cubiertos (Gastos Ambulatorios, Gastos Hospitalarios, Otros Gastos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Período de Espera), Exclusiones Generales y Endosos de la Póliza y/o Asegurado.

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE.

Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito con treinta (30) días

naturales de anticipación a la fecha en que cesará el Contrato.

La terminación anticipada no eximirá a Plan Seguro del pago de las Indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor. La Compañía devolverá, de conformidad con sus políticas de Cobertura vigentes, el 53.5% de la Prima neta no devengada, siempre y cuando no exista un Siniestro afectando a la Póliza, en cuyo caso, no habrá devolución de Prima, ya que será considerada devengada en su totalidad.

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

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

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 un Plan de Salud Integral con Plan Seguro, deberá entregar debidamente requisitada la Solicitud de Seguro que para estos fines le sea proporcionada, Plan Seguro evaluará dicha Solicitud y determinará su aceptación así como las condiciones bajo las cuales se aceptará o rechazará su aceptación, de acuerdo a los resultados obtenidos en la Solicitud.

Dicha Solicitud no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Plan Seguro, ni de que, en caso de aceptarse concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

a) Nonatos.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación, para ser dado de Alta deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- La madre Asegurada deberá haber contratado la Cobertura de Control del Embarazo, Parto y Puerperio o la Cobertura para Mujeres Embarazadas.
- El hijo deberá ser producto único, es decir no se otorgará Cobertura a nonatos provenientes de embarazos múltiples.

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 los primeros treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

Si la madre del nonato contrata la Cobertura para mujeres embarazadas, únicamente podrá contratar la Cobertura del nonato y los Padecimientos congénitos estarán cubiertos hasta \$50,000.00 pesos M.N. como límite máximo de responsabilidad de Plan Seguro por Asegurado.

b) Aceptación de recién nacidos y niños de hasta 14 años de edad.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación para cubrir recién nacidos y niños de hasta 14 años de edad. Para su Solicitud de Seguro deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Los recién nacidos podrán darse de Alta con Cobertura de Padecimientos congénitos siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro, con el Beneficio estipulado en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera para Gastos Cubiertos a partir del décimo mes de vigencia en la Cobertura de PARTO Y CESÁREA, notificando a

Plan Seguro durante los primeros treinta (30) días naturales siguientes al nacimiento y obligarse a pagar la Prima del nuevo Asegurado para lo cual es necesario presentar la Solicitud de Seguro, acta de nacimiento y/o constancia de alumbramiento.

Los Padecimientos congénitos estarán cubiertos hasta \$50,000.00 pesos M.N. como límite máximo de responsabilidad de Plan Seguro únicamente para los recién nacidos dados de Alta conforme a lo estipulado en esta Cláusula.

Los recién nacidos que hayan nacido fuera de cualquier Cobertura para embarazo, parto o puerperio mencionadas anteriormente así como los niños de hasta 14 años de edad, podrán ser cubiertos siempre y cuando se encuentre Asegurado en Plan Seguro al menos uno de sus padres, abuelos o bien un hermano mayor de 18 años y estos cumplan con los requisitos de aceptación estipulados por Plan Seguro, mismos que son:

1. De acuerdo a los resultados obtenidos en la Solicitud de Seguro.
2. Para los niños de hasta 3 años deberá anexarse a la Solicitud de Seguro, el Informe Médico del Médico Pediatra donde especifique su estado de salud.
3. Para poderlos aceptar es necesario que se encuentre Asegurado en Plan Seguro al menos uno de sus padres, abuelos o un hermano mayor de 18 años. En caso de no ser así, únicamente se le podrá proporcionar un Plan Salud 70 para las Bases 0, AA, A y B y Salud 80 para la Base 2000.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación.

c) Aceptación de Aseguradas para la contratación de la Cobertura para mujeres embarazadas.

Para analizar la posibilidad de otorgar esta Cobertura es necesario que adicional a la Solicitud de Seguro debidamente requisitada, se anexe 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, la evolución del embarazo y fecha estimada del alumbramiento.

Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación para otorgar esta Cobertura a las mujeres que lo soliciten, de acuerdo a los resultados obtenidos en la solicitud de Seguro y de acuerdo al Informe Médico de su Ginecólogo.

CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

OBJETO DEL SEGURO

Plan Seguro, S.A. de C. V., Compañía de Seguros, en lo sucesivo Plan Seguro, mediante la obligación del pago de una Prima por parte del Asegurado o Contratante, cubre los gastos relacionados con los servicios de salud amparados por la Póliza como consecuencia de un Padecimiento cubierto dentro de la República Mexicana y de acuerdo a la Base contratada, Plan Seguro indemnizará el costo de los mismos, hasta por la Suma Asegurada contratada para cada Cobertura indicada en la Carátula de la Póliza. Los servicios cubiertos deberán ser ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, Período de Cobertura y Endosos adicionales, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad, o dichos Padecimientos cumplan con las Condiciones señaladas en el apartado Gastos Médicos Cubiertos y Gastos Cubiertos con Período de Espera de estas Condiciones.

CONTRATO

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

Plan Seguro se reserva el derecho de expedir Endosos, extraprimando o excluyendo determinados Padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo, de acuerdo al proceso de selección que se lleva a cabo con motivo de la Solicitud del Seguro. Aplica el mismo derecho de expedir Endosos al momento de rehabilitar una Póliza o en caso de cambio de Producto.

Si Durante la vigencia o en la renovación existiera una agravación del riesgo derivada del cambio de ocupación o actividad del Asegurado, éste debe dar aviso inmediato por escrito a Plan Seguro, quien se reserva el derecho de establecer el cobro de una Extraprima o excluir el nuevo riesgo declarado bajo este concepto.

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

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

- a) Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en sus Oficinas centrales o en cualquiera de sus Delegaciones.
- b) Ante la ServicioSeguro, Centro de Atención Telefónica Plan Seguro.
- c) En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante en razón de su domicilio; o bien, en la que hubiere presentado inicialmente su reclamación.

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

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

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

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

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Plan Seguro para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro (Arts. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), Plan Seguro reintegrará al Contratante el 53.5%, siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.

MONEDA. Todos los pagos relativos a este Contrato se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos y en el domicilio de Plan Seguro especificado en la Carátula de 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 un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los Aseguradores la existencia de los otros Seguros.

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

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. Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas adicionales y los Endosos que se hayan anexado, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y Plan Seguro. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en Endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los Agentes o cualquier otra persona no autorizada de Plan Seguro, carecen de facultades para hacer concesiones o modificaciones.

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

INTERÉS MORATORIO. Si Plan Seguro no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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 trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

SUBROGACIÓN DE DERECHOS. En el Seguro sobre las personas, Plan Seguro 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 (DOF del 02/01/2002).

COMUNICACIONES. Todas las comunicaciones relacionadas con este Contrato deberán hacerse por escrito al domicilio de Plan Seguro ubicado en Periférico Sur No. 4355, Colonia Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F. Las comunicaciones que Plan Seguro haga al Contratante, se dirigirá al último domicilio que ésta conozca.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de 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.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN. En toda reclamación que se realice por y a consecuencia de una Enfermedad cubierta en el Contrato, el Asegurado tendrá como obligación el pago del Coaseguro correspondiente al plan contratado, independientemente de que el Médico y Hospital pertenezcan a la Red de prestadores de servicios en convenio, los cuales se aplicarán a la cantidad reclamada una vez ajustada a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos respectivos. El monto que así se determine por concepto de Coaseguro será la participación total del Asegurado, así como los gastos no cubiertos.

El Coaseguro se aplicará para cada Siniestro incluyendo gastos complementarios, ya sea por Pago Directo o Reembolso.

En caso de Accidente cubierto, no se aplicará Coaseguro, siempre y cuando se haya dado aviso por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días a partir de la fecha en que se haya presentado el Accidente, debiendo anexar adicionalmente a su reclamación acta del Ministerio Público, cuando Plan Seguro así lo requiera.

Para los siguientes conceptos, el Asegurado tendrá como obligación el pago del Deducible y Coaseguro que corresponda, los cuales se aplicarán a la cantidad reclamada una vez ajustada a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos respectivos. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la participación total del Asegurado, así como los gastos no cubiertos; lo anterior también aplicará para cada una de las reclamaciones complementarias por Hospitalizaciones mayores a 24 hrs. Para el caso de gastos ambulatorios complementarios, sólo se aplicará el Coaseguro correspondiente.

- En reclamaciones para Asegurados dados de Alta como nonatos cuya forma de pago es fraccionada, el Asegurado tendrá como obligación el pago del Deducible correspondiente a la Base Hospitalaria contratada indicado en la Cláusula Forma de Pago.

- En Padecimientos de nariz y senos paranasales, se aplicará el Deducible y Coaseguro estipulado en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera.

PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

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

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

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

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

reconocimientos mencionados perderá su derecho a la Indemnización correspondiente.

Para solicitar el pago de cada Siniestro de Salud deberá entregarse la siguiente documentación:

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Este documento se presentará en forma completa y con letra de molde por el Titular de la Póliza; o bien, por algún familiar o persona de confianza del Asegurado afectado, cuando por el estado de salud el Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad, por el Asegurado Titular o el Contratante.
- Informe Médico en la papelería que la Compañía entregue al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto, se anexarán tantos informes médicos como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el Médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad, por el Asegurado Titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer Informe Médico que exhiba el Asegurado.
- Recibos de honorarios médicos originales (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Enfermera, etc.), los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C., Cédula profesional además de los requisitos fiscales en vigor.

Cada recibo deberá expedirse por un sólo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica, etc.). Dicho concepto:

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

- En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar un recibo por cada visita realizada y cada recibo se acompañará de un Informe Médico del Médico tratante por Consulta a Domicilio.
- Facturas originales de Hospital, Farmacia, Laboratorio, Gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando, así como el I.V.A.
- Las facturas de Laboratorio, Gabinete e Imagenología irán acompañadas de sus respectivos resultados originales.
- Resumen Clínico.

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

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

Si la Hospitalización es en Hospital Privado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Informe Médico debidamente requisitado.
- Resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora y fecha de inicio de la Hospitalización firmada por Médico tratante.
- Constancia Hospitalaria con fecha, hora y diagnóstico de ingreso y egreso.

Si la Hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Nota de Alta especificando fecha de ingreso y egreso, así como Diagnóstico de ingreso y egreso.

En caso de haber contratado la **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO**, los documentos a presentar en caso de Siniestros son:

Si la Hospitalización es en Hospital Privado:

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

Si la Hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

- Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente requisitado.
- Nota de Alta especificando fecha de ingreso y egreso, así como Diagnóstico de ingreso y egreso.
- Resumen clínico de la paciente incluyendo: antecedentes personales patológicos, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico a través del estudio Histopatológico, tratamiento quirúrgico si es que se practicó, así como tratamiento de seguimiento (Quimioterapia o Radioterapia); este documento deberá ser firmado por el Médico tratante, el cual debe de cumplir con la definición de Médico en Condiciones Generales.
- Estudio Histopatológico emitido por un Médico Patólogo con Cédula profesional con etapificación de acuerdo a la clasificación TNM séptima edición de la AJCC.

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

Tratándose de la **INDEMNIZACIÓN DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:**

- Historia clínica completa y firmada por Médico tratante.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete, si aplica.
- Estudios Histopatológico, si aplica.

Tratándose de la **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR 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, si aplica.
- Constancia Hospitalaria con diagnóstico de ingreso y egreso, firmada por Médico tratante.

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

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

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

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

PAGO DE RECLAMACIONES.

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

En caso de Accidente el Asegurado deberá comprobar que tuvo atención médica dentro de las 24 horas posteriores a la ocurrencia del Siniestro, presentar los estudios de Imagenología que apoyan el diagnóstico y comprobar que dio aviso a Plan Seguro de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

La Cobertura de Accidentes o Enfermedades aplica de acuerdo a lo descrito en estas Condiciones Generales, siempre y cuando el Siniestro ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y que no se relacione con: Padecimientos Preexistentes, Gastos Cubiertos con Período de Espera o Exclusiones.

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

Plan Seguro no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a

establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

Plan Seguro, se reserva la facultad de solicitar al Contratante y/o Asegurados de este Contrato, exámenes de Laboratorio, radiografías, procedimientos, interconsultas, informes médicos, informes médicos de apoyo, peritajes, declaración de Accidente cuando corresponda, protocolos operatorios, expedientes clínicos 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.

El Asegurado tendrá dos opciones para reclamar su Siniestro: Pago Directo y Reembolso:

- j) Se pagará vía Pago Directo, siempre y cuando se tramite la autorización de la atención médica requerida en Hospitales y con Médicos de la Red de prestadores de servicios en convenio, de acuerdo con el Manual del Usuario del Asegurado. Después de ser autorizada su atención, se someterá al procedimiento requerido y únicamente pagará el Coaseguro correspondiente al plan contratado.
- k) Se pagará vía Reembolso, las atenciones médicas y Hospitalarias fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio de acuerdo con los procedimientos de Plan Seguro. El reclamante deberá presentar a Plan Seguro las formas de declaración correspondiente, que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro trámite que Plan Seguro juzgue necesario para la mejor apreciación del Siniestro.
- l) Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Base de Hospitalaria correspondiente a su plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía mayor a su base contratada, además del Coaseguro correspondiente al plan contratado, pagará veinte (20) puntos porcentuales adicionales sobre los gastos de Hospitalización,

por cada nivel de Base Hospitalaria superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte (20) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro correspondiente al plan contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso.

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 en caso de que opere y Coaseguro contratado, así como los gastos no cubiertos por la Póliza.

El Asegurado deberá dar aviso al Módulo de atención de Plan Seguro tan pronto como tenga conocimiento del Siniestro y por escrito en un plazo máximo de cinco (5) días siguientes al Accidente; o bien, de los síntomas de la Enfermedad para solicitar el número de Siniestro correspondiente.

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

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

PAGOS IMPROCEDENTES. Cualquier Indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de Baja, obliga al contratante a reintegrar el pago a Plan Seguro.

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

En caso de que el Asegurado ingrese documentación apócrifa, alterada o manipulada para efectos de realizar una reclamación ya sea por Reembolso o Pago Directo, programación de cirugía, solicitud de estudios, o cuando ingrese un segundo dictamen médico con el que pretenda desvirtuar o modificar el contenido del primero, se cancelará la Póliza.

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 13 de octubre de 2015, con el número CNSF-H0701-0028-2015



Oficina Matriz
Periférico Sur. No. 4355
Col. Jardines en la Montaña
Del. Tlalpan C.P. 14210, México, D.F.



Servicio Seguro
01800 277 1234

Centro de Atención Telefónica Plan Seguro

planseguro.com.mx

DT-LI-CG -13-10-15