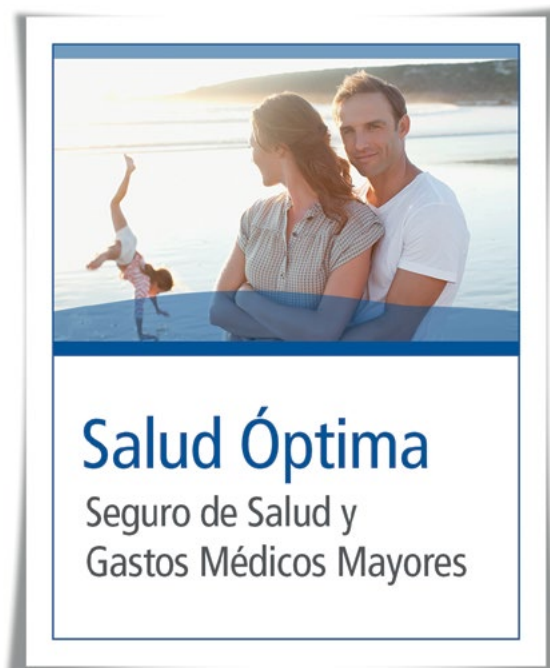


**PLAN
SEGURO**



LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD



Condiciones Generales

Salud Óptima
Individual



1. DEFINICIONES	5
ACCIDENTE CUBIERTO.	5
ACCIONES DE SALUD.	5
AMBULATORIO.	5
ANESTESIÓLOGO.	5
ANTIGÜEDAD.	5
ASEGURADO.	5
ASEGURADO TITULAR.	5
AYUDANTE.	5
BASE HOSPITALARIA	5
CAMBIOS EN LA RED DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.	5
COASEGURO.	6
CONTRATANTE.	6
DEDUCIBLE.	6
DEPENDIENTES ECONÓMICOS.	6
EMERGENCIA MÉDICA.	6
ENDOSO.	6
ENFERMEDAD.	6
ENFERMEDAD CUBIERTA.	6
ENFERMERA.	6
EVENTO.	7
EXTRAPRIMA.	7
GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO.	7
HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA.	7
HOSPITALIZACIÓN.	7
INTERÉS ASEGURABLE.	7
INDEMNIZACIÓN.	7
INFORME MÉDICO.	7
INICIO DE COBERTURA.	7
INSTRUMENTISTA.	7
MÉDICO.	7
MÉDICO ESPECIALISTA.	7
ÓRTESIS	8
ORDEN DE ATENCIÓN.	8
PADECIMIENTO.	8
PADECIMIENTO CONGÉNITO.	8

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.	8
PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.	8
PAGO DIRECTO.	8
PAGO POR REEMBOLSO.	9
PERÍODO DE ESPERA.	9
PÓLIZA DE SEGURO.	9
PREMATUREZ.	9
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.	9
PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.	9
RECLAMACIÓN.	9
RED MÉDICA.	9
SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL (SMGM).	9
SIGNO.	9
SINIESTRO.	9
SÍNTOMA.	9
SUMA ASEGURADA.	9
TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.	10
TOPE MÁXIMO DE COASEGURO.	10
TRASLADO.	10
VIDA DE LA PÓLIZA.	10
2. COBERTURAS BÁSICAS	10
ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS.	10
AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA.	10
AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL.	11
ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE.	11
CONSULTAS MÉDICAS.	12
CAMPAÑAS PREVENTIVAS.	12
CONSUMO DE OXÍGENO.	12
DAÑO PSIQUIÁTRICO.	12
DEPORTES PELIGROSOS.	13
GASTOS HOSPITALARIOS.	13
HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.	13

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO.	14
HONORARIOS DE ENFERMERA EN DOMICILIO.	14
HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA.	14
LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGÍA.	14
MEDICAMENTOS.	15
OZONOTERAPIA.	15
PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.	15
PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.	15
PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA.	15
PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL.	15
QUIROPRACTICOS.	16
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.	16
TRANSFUSIONES Y APLICACIONES.	16
TRASPLANTE DE ÓRGANOS.	17
TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.	17
TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.	17
TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.	17
OTROS GASTOS CUBIERTOS.	17
ALIMENTACIÓN PARENTERAL.	17
ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO.	18
CÁMARA HIPERBÁRICA.	18
CIRCUNCISIÓN.	18
EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.	18
EXPANSORES MAMARIOS.	18
HOMEÓPATAS.	18
LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO.	18

PRUEBA DE VIH.	19
PTOSIS PALPEBRAL.	19
TOXINA BOTULÍNICA.	19
VACUNAS.	19
GASTOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA	19
ABORTO Y LEGRADOS UTERINOS.	19
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO.	19
PARTO Y CESÁREA.	20
PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.	20
RECIÉN NACIDOS.	20
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.	20
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA.	21
GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA.	22
3. EXCLUSIONES GENERALES	23
4. COBERTURAS ADICIONALES	27
COBERTURAS BÁSICAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO	27
I. COBERTURAS AMBULATORIAS	27
COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO	29
I. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	30
II. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO	31
III. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHA)	32
IV. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF)	33
V. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	34
VI. COBERTURA DE INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA.	35

COBERTURA DE REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE	35
5. CLÁUSULAS GENERALES	36
CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO.	36
RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.	36
PRIMAS.	36
ALTA DE ASEGURADOS.	37
ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA.	37
BAJA DE ASEGURADOS.	37
FORMA DE PAGO.	37
OCUPACIÓN.	38
EDAD.	38
REHABILITACIÓN.	38
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.	38
PERÍODO DE BENEFICIO.	39
PERÍODO DE GRACIA.	39
PERÍODO AL DESCUBIERTO.	39
CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO.	39
ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA.	39
CLÁUSULAS OPERATIVAS.	39
COBERTURA DEL CONTRATO	39
TERMINACIÓN ANTICIPADA.	40
RESIDENCIA.	40
VIGENCIA.	40
CLÁUSULAS CONTRACTUALES.	40
OBJETO DEL SEGURO	40
CONTRATO	40
COMPETENCIA.	41
PRESCRIPCIÓN.	41
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.	41

MONEDA.	42
OTROS SEGUROS.	42
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.	42
INTERÉS MORATORIO.	42
SUBROGACIÓN DE DERECHOS.	44
COMUNICACIONES.	44
PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.	45
PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	45
AVISO DE SINIESTRO.	45
ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA.	45
RECLAMACIONES.	46
PAGO DE RECLAMACIONES.	48
PAGOS IMPROCEDENTES.	49

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 noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente, mismas que serán consideradas como Enfermedad.

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

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

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

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

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

ANTIGÜEDAD. Tiempo transcurrido en forma continua e ininterrumpida durante el cual ha estado la persona Asegurada en una Póliza de Gastos Médicos

Mayores o Salud. La Antigüedad puede ser de Póliza(s) de Plan Seguro o ser reconocida de Pólizas de otras Compañías; para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos solicite Plan Seguro al momento de solicitar la Póliza; o bien, durante los siguientes 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 Titular y sus Dependientes Económicos, aceptados como Asegurados por Plan Seguro, mismos que aparecen referidos en la Carátula de la Póliza y que residen en la República Mexicana.

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

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

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. Plan Seguro informará a los Asegurados por escrito los cambios que ocurran en

la Red de Hospitales, dentro de los 15 días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

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

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

DEDUCIBLE. Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la Carátula de la Póliza y se aplica una vez por padecimiento, cuando el gasto cubierto ha rebasado esta cantidad, comienza la obligación de Plan Seguro.

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

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

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

o la funcionalidad de alguno de los órganos del Asegurado.

En caso de Emergencia Médica, ésta será cubierta de conformidad con lo señalado en el apartado Gastos Médicos 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 Período de Espera.

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

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

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

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO. Es aquel gasto cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y Plan Seguro, en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones, equipos hospitalarios respectivos, a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.

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

HOSPITALIZACIÓN. Es la estancia continua del Asegurado, mayor a 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. La relación económica que existe entre el Contratante y el Asegurado Titular, así como sus Dependientes Económicos amparados por la Póliza.

INDEMNIZACIÓN. Es la cantidad que está obligada a pagar Plan Seguro a consecuencia de un padecimiento de acuerdo a los límites establecidos

en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos, una vez descontado el Deducible y el Coaseguro contratado.

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

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

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

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

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

MÉDICO ESPECIALISTA. Persona que ejerce la Medicina alopática en alguna de sus especialidades, legalmente autorizado para la práctica de su

profesión y con registro del Consejo Médico correspondiente.

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

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

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

PADECIMIENTO CONGÉNITO. Es aquel con el que se nace como consecuencia de trastornos producidos durante la gestación, consistentes en malformaciones anatómicas, fisiológicas o prematurez, 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 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 sea 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.

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

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

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

PAGO POR REEMBOLSO. Es el pago que realiza Plan Seguro de los gastos erogados procedentes, relacionados directamente con el padecimiento cubierto de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, Condiciones Generales y/o Endosos generales o específicos.

PERÍODO DE ESPERA. Es el tiempo ininterrumpido necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Cobertura de la Póliza para cada Asegurado, a fin de que los padecimientos indicados expresamente en el apartado 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 el dictamen correspondiente.

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

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

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

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.

SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL (SMGM). Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal, el cual será fijado al inicio de la reclamación manteniéndose durante el Período de Beneficio.

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

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

Cada acción de salud será considerada como un Siniestro.

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

SUMA ASEGURADA. Es la cantidad máxima que Plan Seguro pagará por padecimiento a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, iniciada durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo a lo

estipulado en la Carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia.

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

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

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

TOPE MÁXIMO DE COASEGURO. Es la cantidad máxima a cargo del Asegurado por padecimiento al contratar la opción del 10% de Coaseguro, misma que estará indicada en la Carátula de la Póliza.

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

Para efectos de este Beneficio no se consideran las participaciones del Asegurado por Coaseguros de las Coberturas indicadas en el apartado Coberturas con Costo para el Asegurado (Coberturas Básicas incisos a, b y c).

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

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

2. COBERTURAS BÁSICAS.

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

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

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

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

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS.

AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA. Se cubren, siempre que en la Carátula de la Póliza se especifique la Cobertura de Ambulancia Aérea, los gastos que resulten por este concepto vía Reembolso, si a consecuencia de una Emergencia Médica, el Asegurado requiere atención Hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención y el Médico tratante recomienda el traslado del Asegurado. Para que esta Cobertura proceda deberá ser autorizada previamente por Plan Seguro. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada para la Póliza, aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del veinte

por ciento (20%) adicional al Coaseguro contratado, no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente, sin Deducible.

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

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

AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL. Se cubren los gastos de transporte en Ambulancia Terrestre, siempre y cuando sea médicamente indispensable para el traslado del Asegurado, previa indicación del Médico tratante. Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta la Suma Asegurada contratada, aplicando el Deducible de la Póliza y aplicando sobre el gasto incurrido un Coaseguro del diez por ciento (10%), no importando que la causa sea por Enfermedad o Accidente.

ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETA COMO MEDIO DE TRANSPORTE. Se cubren los gastos erogados dentro del territorio nacional derivados de un Accidente por el uso de motocicleta como medio de transporte, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

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

Se entiende como "uso de motocicleta como medio de transporte" a la acción que el Asegurado realiza cuando utiliza una motocicleta para trasladarse de

un lugar a otro, siempre y cuando los traslados en motocicleta no formen parte de las funciones de su ocupación, trabajo o profesión del Asegurado.

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 Deducible y Coaseguro contratado en la Póliza independientemente que se trate de un Accidente.

El Beneficio que otorga la contratación de la Cobertura ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE, no aplica para este Beneficio.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

Se excluyen todos los gastos erogados a consecuencia de:

1. **Lesiones por motociclismo que sufra el Asegurado cuando participe en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, independientemente que su uso o práctica sea ocasional o 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.

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

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

Los gastos de consulta hospitalaria sólo se cubrirán cuando el Asegurado se encuentre Internado con un máximo de una consulta por día y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratado.

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

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

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

CONSUMO DE OXÍGENO. Se cubren 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.

DAÑO PSIQUIÁTRICO. Se cubre el tratamiento psiquiátrico, siempre y cuando a juicio del Médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico Psiquiatra perteneciente a la Red de Plan Seguro, el Asegurado lo requiera a consecuencia de:

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

Los gastos cubiertos del tratamiento psiquiátrico son:

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

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

- 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 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 médicos 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.**

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.

GASTOS HOSPITALARIOS. Se cubren los gastos dentro del Hospital por los siguientes conceptos, siempre que sean necesarios para la atención del Asegurado:

- Habitación privada estándar y alimentos hasta la Suma Asegurada contratada por padecimiento.
- Atención general de Enfermeras.
- Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones con sus correspondientes equipos.
- Se cubren los gastos generados por el uso de aparatos de Endoscopía, Colonoscopía, Artroscopía Laparoscopía y Electrofisiología siempre y cuando sean facturados a través del Hospital y hasta el Gasto Usual y Acostumbrado.
- Todos los gastos originados y relacionados directamente con el diagnóstico por el cual se abrió el Siniestro durante su estancia en el área de Terapia Intensiva incluyendo el costo de Honorarios de Médicos y Cirujanos, serán cubiertos hasta la Suma Asegurada contratada. Salvo cuando la Suma Asegurada sea ilimitada será cubierto hasta la Suma Asegurada contratada o hasta un máximo de ciento ochenta (180) días por padecimiento durante una misma hospitalización, lo que ocurra primero.
- Cama extra para un acompañante durante la estancia del Asegurado en el Hospital, previa autorización de Plan Seguro.

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

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

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

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

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

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

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

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO. Se cubren los Honorarios del Anestesiólogo hasta el treinta por ciento (30%) de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.

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

- **Primer Ayudante.** Hasta el veinte por ciento (20%) de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.
- **Segundo Ayudante.** Hasta el diez por ciento (10%) de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

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

HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA. Se cubren los Honorarios del Instrumentista únicamente para intervenciones cardiovasculares que requieran bomba extracorpórea hasta el cuatro por ciento (4%) de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro.

LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA. Se cubren los análisis de Laboratorio, Gabinete, Imagenología, o cualquier otro indispensable para tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el Médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos se cubren siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

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

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

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

MEDICAMENTOS. Se cubren los siguientes gastos de medicamentos:

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

OZONOTERAPIA. Se cubre hasta veinte (20) sesiones por padecimiento, con tope de Suma Asegurada de 1 SMGM máximo por cada sesión.

PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. Se cubren, siempre y cuando el Asegurado presente los estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía, así como copia de la atención de emergencia que recibieron. Este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del cincuenta por ciento (50%), para tratamientos médicos y quirúrgicos.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Se cubren los Padecimientos Preexistentes declarados en la Solicitud, Cuestionario y Carta histórica de siniestralidad, 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, Cuestionario 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.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

- 1. Se excluyen los Padecimientos Preexistentes no declarados previamente en la Solicitud, Cuestionario y carta histórica de siniestralidad.**
- 2. Se excluyen los padecimientos cardíacos, accidentes vasculares, diabetes, padecimientos oncológicos, SIDA, enfermedades degenerativas y/o padecimientos neurológicos.**

PROCEDIMIENTOS DE CORTA ESTANCIA. Se cubren los tratamientos Médico-Quirúrgicos y la atención de Emergencias en áreas de Corta Estancia o en hospitalización menor o igual a veinticuatro (24) horas, siempre y cuando se rebase el Deducible y se cuente con un diagnóstico definitivo, pagando el Coaseguro correspondiente al plan contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para este tipo de procedimientos.

PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y EQUIPO DE HOSPITAL. Se cubren los gastos que resulten del uso y/o colocación y/o la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardíaca, Stents, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis discal, así como el uso y/o colocación y/o la renta de aparatos ortopédicos que se requieran, serán amparados hasta la Suma Asegurada

contratada o hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla, lo que sea menor, aplicando el Deducible y el Coaseguro de la Póliza, excepto en caso de Accidente.

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

Por concepto de:	Suma Asegurada
Prótesis valvular cardíaca.	70 SMGM (Por padecimiento)
Stents.	100 SMGM (Por padecimiento)
Marcapasos.	27 SMGM
Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis de manera enunciativa mas no limitativa de: codo, tobillo, mano, pie, cabeza, de radio, miembros artificiales y prótesis ocular.	38 SMGM (Por Concepto)
Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis de manera enunciativa más no limitativa de: cadera, rodilla, y prótesis discal.	50 SMGM (Por Concepto)
Prótesis, injertos y material de Osteosíntesis de manera enunciativa mas no limitativa de: columna.	100 SMGM (Por Concepto)
Renta o compra (esta última, previa autorización de Plan Seguro) de aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes).	38 SMGM (Por Concepto)
Prótesis dental a consecuencia de un Accidente.	10 SMGM
Adquisición y colocación de neuroestimuladores.	257 SMGM (Por padecimiento)

QUIROPRACTICOS. Se cubren los tratamientos realizados por Quiroprácticos con Cédula profesional hasta veinte (20) consultas por padecimiento, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada vía Reembolso.

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. Se cubren las sesiones de Rehabilitación y Fisioterapia durante la vigencia ininterrumpida de la Póliza, siempre y cuando sean necesarias y estén indicadas por el Médico tratante con un máximo de seis (6) meses o sesenta (60) sesiones por padecimiento, lo que ocurra primero. Para el caso de padecimientos congénitos se cubrirán con un máximo de seis (6) meses o noventa (90) sesiones, lo que ocurra primero; la Indemnización será de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada.

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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

- 1. Se excluyen los gastos erogados por el donador.**
- 2. Se excluyen los siguientes gastos relacionados con trasfusiones 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).

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 Deducible y Coaseguro de la Póliza.

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

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

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

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.

- 3. No quedarán cubiertos todos aquellos gastos indirectos del trasplante de corazón, pulmón, hígado y riñón (posibles donadores, donadores, todos los exámenes inherentes al mismo, etc.) así como trasplantes de tipo experimental.**

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

TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE. Se cubren los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido, hasta un límite de 24 SMGM al momento del Tratamiento, aplicando el Deducible y el Coaseguro de la Póliza.

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

OTROS GASTOS CUBIERTOS.

ALIMENTACIÓN PARENTERAL. Se cubren la alimentación parenteral, siempre y cuando se trate de hospitalización hasta un límite de cuarenta (40) días por padecimiento ya sean vía Pago Directo o Reembolso.

ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO. Plan Seguro cubrirá vía Reembolso, de acuerdo con los procedimientos que se tengan establecidos, a las Coberturas y a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos que opere para la Base Hospitalaria contratada y aplicando el Coaseguro contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para el tipo de gasto realizado, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de Emergencia(s) Médica(s), en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que la propia Red de servicios de Plan Seguro no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el Contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad o error de diagnóstico, entendiéndose por este último el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la propia Red de servicios de Plan Seguro y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red de prestadores de servicios de Plan Seguro por la misma Emergencia Médica.

Cabe mencionar que para esta Cláusula, respecto a los supuestos de saturación, falta de disponibilidad o error en el diagnóstico por parte de los prestadores de servicios pertenecientes a la Red de Plan Seguro, no aplicará lo previsto en el último párrafo de la Cláusula: Pago de Reclamaciones del apartado Pago de Siniestros e Indemnizaciones.

CÁMARA HIPERBÁRICA. Se cubren los gastos derivados por concepto de Cámara Hiperbárica hasta diez (10) sesiones por padecimiento con un Coaseguro del cuarenta por ciento (40%) para cada sesión, siempre y cuando estén indicadas por el Médico tratante y sean para la recuperación del Asegurado y no se realicen con fines estéticos, con previa autorización de Plan Seguro.

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

CIRCUNCISIÓN. Se cubren los gastos erogados hasta \$8,000.00 pesos, 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 el apartado Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de Asegurados dentro de la vigencia.

EQUIPOS EXTERNOS PARA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Se cubren los equipos externos para aplicación de medicamentos, previa autorización de Plan Seguro.

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

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

HOMEÓPATAS. Se cubren los honorarios por consultas de Homeópatas con Cédula profesional en consultorio con un máximo de una consulta por día y hasta quince (15) consultas por padecimiento y por vigencia y con un límite de 0.3 SMGM por consulta.

Las consultas de Homeópatas operan únicamente vía Reembolso y se deberá anexar Informe Médico.

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

PRUEBA DE VIH. Se cubre la prueba de VIH siempre y cuando sea prescrita por el Médico tratante, y solamente en los casos que se requiera como parte del protocolo preoperatorio con previa autorización de Plan Seguro. Lo anterior no modifica la Cobertura de VIH prevista en el apartado Gastos Cubiertos con Períodos de Espera después de transcurridos cuatro años de vigencia.

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.

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

VACUNAS. Se cubren únicamente las vacunas antirrábicas de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado, así como cualquier tratamiento médico o procedimiento con fines de diagnóstico que requieran de vacunas de tipo inmunoalérgicas, así como desensibilización inmunológica hasta una Suma Asegurada de \$20,000.00 pesos.

EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA:

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

GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA.

GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA DE DIEZ (10) MESES:

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.

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

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

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO, CESÁREA O PUERPERIO. Se cubren 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 Deducible y el Coaseguro contratados.

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

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

- 1. Se excluyen las afecciones propias del**

embarazo no mencionadas en 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 dentro del territorio nacional, excepto si la Asegurada cuenta con la Cobertura opcional con costo COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO, siempre y cuando la 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 15 SMGM, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

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

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

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 el apartado Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de Asegurados dentro de la vigencia; 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.

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

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

RECIÉN NACIDOS. Se cubren los gastos del recién nacido desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando la madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua en Plan Seguro al momento del nacimiento, se haya dado de Alta conforme a lo estipulado en el apartado Cláusulas Generales para Cláusulas de Interés para el Asegurado: Alta de Asegurados dentro de la vigencia; 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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

1. Gastos por atención fisiológica del recién nacido.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA. Se cubren después de transcurrido el primer (1er.) año de inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico, los gastos resultantes de:

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Eventraciones, hernias de cualquier tipo (excepto lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia), hemorroides, cualquier padecimiento anorectal.
- Colecistitis.
- Litiasis en vías biliares, litiasis en vesícula biliar.
- Insuficiencia venosa periférica, varicocele y várices de miembros inferiores.
- Litiasis renoureteral.
- Padecimientos prostáticos (excepto lo especificado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia).
- Enfermedad ácido péptica, gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon.
- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de Imagenología y fotografías previamente a la cirugía, este Beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la Póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del cincuenta por ciento (50%), para tratamientos médicos y quirúrgicos.
- Lipomas de cualquier región.
- Tumores, excepto lo indicado en gastos cubiertos después del segundo año de vigencia.
- Osteoporosis hasta 20 SMGM 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 esta 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.

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

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA. Se cubren después de transcurrido el segundo (2do.) año de inicio de vigencia de esta Póliza para cada Asegurado independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico, los gastos resultantes de:

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

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

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

- Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, mayores a diez años de edad, siempre y cuando no hayan erogado ningún gasto o cuando sus signos o síntomas hayan pasado desapercibidos, es decir, no hayan sido aparentes a la vista, ni diagnosticados previamente a la fecha de Alta o de reconocimiento de antigüedad del Asegurado en la Póliza. **En caso de que el Asegurado no cuente con los antes mencionado, los gastos erogados no serán indemnizados por Plan Seguro.**

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.

GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL CUARTO AÑO DE VIGENCIA. Se cubre la Atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) con Período de Espera de cuatro (4) años continuos e ininterrumpidos en el producto Salud Óptima de Plan Seguro contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el Período de Espera estipulado ya que de presentarse durante el mismo, este padecimiento será considerado como Exclusión.

Además, se cubren los gastos derivados por la atención del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmuno Deficiencia

Humana (VIH) para los Recién Nacidos, siempre y cuando la madre cumpla con un Período de Espera de cuatro (4) años continuos e ininterrumpidos en el producto Salud Óptima de Plan Seguro contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no ocurran durante el 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 Optima 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 y el período de tiempo no reconocido deberá transcurrirlo en el producto Salud Óptima de Plan Seguro, en cuyo caso las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto no deberán ocurrir durante el 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. Padecimientos Preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro, así como los mencionados como excluidos en el punto de "Padecimientos Preexistentes Declarados" del apartado Gastos Médicos Cubiertos.
2. La hospitalización, tratamiento médico quirúrgico, por lesiones o enfermedades producidas en servicio militar de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas siempre que el Asegurado sea el provocador.
3. La hospitalización con fines de reposo, por controles voluntarios de salud, exámenes y/o estudios especiales que puedan ser efectuados en forma ambulatoria, aún cuando exista indicación médica expresa.
4. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida, mutilación voluntaria, automedicaciones e intento de suicidio, aun cuando éstas se cometan en estado de enajenación mental.
6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencia, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelo sin motor.
7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso 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, futbol americano, artes marciales y karate.
9. 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.
10. Trastornos y tratamientos encaminados a corregir enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, todo tipo de padecimiento psicológico, nervioso, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, depresión, ansiedad, demencia senil, y trastornos cognitivos, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
 11. Cualquier padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, siempre y cuando el Afectado sea el responsable directo, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un Médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, siempre y cuando el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto; de igual manera, se excluyen los accidentes ocasionados por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas.
 12. Durante la hospitalización, queda excluido el servicio de Enfermería extra y los gastos realizados por acompañantes del Asegurado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que originen una cama extra.
 13. Gastos ocasionados por diagnósticos, estudios de diagnóstico, control de Laboratorio y Gabinete, tratamientos médicos o quirúrgicos y/o sus complicaciones de: infertilidad, esterilidad, disfunción sexual, control de la natalidad (vasectomía, procedimientos quirúrgicos con fines de recanalización tubárica bilateral o de conductos deferentes), menopausia, climaterio, tabaquismo y trastornos del sueño cualquiera que sea la etiología del padecimiento o trastorno a descartar independientemente de que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.
 14. Examen de la vista, anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos.
 15. Los exámenes odontológicos y la atención dental, alveolar, gingival, maxilar de cualquier naturaleza así como las complicaciones de éstas, salvo las reconstructivas necesarias por Accidente siempre que se compruebe con estudios de Imagenología que apoyen el diagnóstico.
 16. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluyendo las utilizadas para cicatrización que loide excepto las reconstructivas que resulten indispensables para la función a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la Póliza.
 17. 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 de: cirugía bariátrica, by pass gástrico, banda gástrica, etc.), tabaquismo y escleroterapias de miembros inferiores.
18. Gastos ocasionados por diástasis de músculos rectos abdominales, cualquiera que sea su causa.
 19. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones, así como sus complicaciones o secuelas de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
 20. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, salvo lo mencionado en el apartado Gastos Médicos Cubiertos para Revisión Médica Preventiva.
 21. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza, así como la compra o renta de zapatos y plantillas ortopédicas, cama tipo Hospital o aparatos similares.
 22. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o tratamientos que no sean aceptados por ser experimentales o beneficios inciertos para el paciente, o tratamientos que no se encuentran apegados y que no cumplan con los protocolos o guías de prácticas medicas por COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), SS (Secretaria de Salud) o FDA (Food and Drug Administration), así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos con Focus Exablate.
 23. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este Contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Plan Seguro.
 24. Los honorarios médicos cuando el Médico sea familiar del Asegurado o el mismo Asegurado.
 25. Las consultas de Médicos Especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica y cicatrices queloides, acné, cuperosis, los tratamientos con base en hipnosis, crioterapias y quelaciones, así como consultas con Nutriólogos.
 26. Queda excluida la Mastectomía profiláctica así como sus complicaciones.
 27. No están cubiertos los suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aunque sea por prescripción médica para el tratamiento de Enfermedades

- o Accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- 28. No quedarán cubiertos los gastos derivados por la atención del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) para los Recién Nacidos, excepto lo indicado en el apartado Gastos Cubiertos con Períodos de Espera.**
- 29. No estarán cubiertos los tratamientos de Acupuntura, Naturistas u otro tipo de Medicina alternativa.**
- 30. 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.**
- 31. Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, gigantomastía y cualquiera de las complicaciones de ésta.**
- 32. No están cubiertas:**
- a. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.**
 - b. Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.**
 - c. Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.**
 - d. Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- 33. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.**
- 34. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier Período al Descubierta, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.**
- 35. 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, independientemente que hayan sido suscritos por un Médico tratante; así como cualquier gasto erogado por el acompañante.

36. Quedan excluidos los medicamentos: benzodiazepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psicológico independientemente de su causa.

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

4. COBERTURAS ADICIONALES.

COBERTURAS BÁSICAS CON COSTO PARA EL ASEGURADO.

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

I. COBERTURAS AMBULATORIAS.

El Contratante estará obligado a adquirir por lo menos una de las siguientes coberturas mediante el pago de la Prima correspondiente, ésta(s) formará(n) parte integrante de las Condiciones de la Póliza y deberán quedar indicadas en la Carátula de la misma como parte de la Cobertura Básica.

A) CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS. Se cubren los gastos erogados por el Asegurado por Consultas Ambulatorias de Médicos Generales y Especialistas que forman parte de la Red de Prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro. El Asegurado podrá decidir si asiste por primera vez a un Médico General o a un Especialista, sin que exista alguna restricción en ese sentido.

Para esta Cobertura aplica un Coaseguro del treinta por ciento (30%) con Médico. En caso de que se desee asistir con un Médico de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro que pertenezca a una Base Hospitalaria mayor a la contratada, deberá pagar el Coaseguro que le corresponde a su Base Hospitalaria, más la diferencia del costo de la Consulta de la Base Hospitalaria elegida.

Si la atención es realizada fuera de la Red de prestadores de servicios en convenio con Plan Seguro, éstas serán cubiertas vía Reembolso, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, aplicando el Coaseguro contratado e incluyendo diez por ciento (10%) adicional a la de participación del Asegurado en el gasto correspondiente.

Este Beneficio deberá estar estipulado en la Carátula de la Póliza.

B) EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIOS.

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

a) Estudios de Laboratorio:

- Biometría Hemática completa.
- Proteína "C" Reactiva.
- Velocidad Sedimentación Globular.
- Grupo y Rh.
- Electrolitos Séricos.
- Química sanguínea (3, 6, 12, 24, 32 elementos).
- Hemoglobina Glicosilada.
- Coprocultivo.
- Coporparasitoscópio (Serie 1-3).
- Coprológico.
- Perfil tiroideo.
- Perfil hepático.
- Perfil renal.
- Perfil de lípidos.
- Perfil hormonal.
- Perfil TORCH.
- Electrocardiograma.
- Examen general de orina.
- Urocultivo.
- Urológico.
- Reacciones febriles.
- Inmunoglobulinas séricas (IgA, IgE e IgM).
- Eosinófilos en moco nasal.
- Pruebas cutáneas, RASH cutáneo.

b) Estudios de Gabinete:

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

Que se realicen en forma ambulatoria en Hospitales, Clínicas y Sanatorios en convenio con Plan Seguro, siempre y cuando sean indicados por el Médico tratante y se entregue a Plan Seguro el Informe Médico preliminar debidamente requisitado y/o receta del Médico tratante, éste Beneficio deberá estar estipulado en la Carátula de la Póliza.

2. Se cubren los gastos erogados por el Asegurado respecto a estudios de Tomografía Axial Computarizada Simple y/o Contrastada, incluidos con medio de contraste, siempre que sean indicados por el Médico tratante mediante Informe Médico debidamente requisitado.

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

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

Si el origen del padecimiento para el cual se requiere el Examen de Laboratorio, Gabinete o Imagenología es derivado de un Siniestro aperturado o con diagnóstico definitivo, éstos estarán cubiertos bajo la Cobertura Básica del Producto.

Para cubrir estos gastos deberán presentarse las correspondientes órdenes de atención en donde se indiquen los estudios solicitados por el Médico tratante, ya sean Exámenes de Laboratorio, Imagenología y Gabinete, aplicando un Coaseguro del treinta por ciento (30%).

En caso de realizarse estos exámenes en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes correspondientes a una Base Hospitalaria más alta de la contratada, se aplicará un Coaseguro adicional del veinte por ciento (20%).

C) REVISIÓN MÉDICA PREVENTIVA. Consiste en una Historia Clínica, Examen general de orina, Biometría Hemática, Química Sanguínea (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol y triglicéridos) y Electrocardiograma en reposo. Esta Cobertura únicamente se dará con la Red de prestadores autorizados por Plan Seguro.

El Asegurado tendrá derecho a una (1) Revisión Médica Preventiva anual por Asegurado por vigencia, para mayores de dieciocho (18) años. Aplicando un Coaseguro del treinta por ciento (30%).

Los gastos erogados por procedimientos ambulatorios, no se considerarán para eliminar o reducir el Deducible de reclamaciones realizadas como Gasto Médico Mayor, salvo en el caso en que se anexen en cada Reembolso las órdenes de atención, en las que se compruebe que la suma de estos gastos rebasen el monto del Deducible, a fin de que el Área Médica pueda considerarlos como tales, en cuyo caso Plan Seguro procederá a la devolución vía Reembolso, del monto del Deducible pagado.

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

- 1. Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el control del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.**
- 2. Consultas estudios y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones.**
- 3. Consultas, estudios o tratamientos para control de peso y de carácter estético.**
- 4. Estudios que requieran medio de contraste y/o sedación de manera enunciativa mas no limitativa**

(Panendoscopia, Colonoscopia, Toma de biopsia y Cistouretroscopia).

- 5. Estudios de alta Especialidad, de manera enunciativa mas no limitativa: Resonancias magnéticas, Holter, Ecocardiogramas, Encefalogramas, Pruebas de mesa inclinada, Estudios Doppler arterial y/o venosos, Flebografías, Gammagramas, Mastografías, Mielografías, Serie metastásica, Estudios de hemodinamia (Angiografía coronaria, cerebral u otros), Estudios de medicina nuclear (PET-CT), Marcadores tumorales, Electromiografía y/o Potenciales evocados.**
- 6. Medicamentos que sean requeridos a consecuencia de un tratamiento ambulatorio.**
- 7. Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados con proveedores fuera de la Red de Plan Seguro.**
- 8. Revisión Médica Preventiva que se realice en Hospitales, Clínicas y Sanatorios fuera de la Red de Plan Seguro.**

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

COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO PARA EL ASEGURADO.

Si se contrata alguna de las siguientes Coberturas opcionales mediante el pago de la Prima

correspondiente, ésta(s) formará(n) parte integrante de las Condiciones de la Póliza, y deberán quedar indicadas en la Carátula de la misma y/o Endosos.

I. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.

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

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

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

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

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

Las condiciones no especificadas en 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 un máximo de 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 ADICIONALES DE LA COBERTURA.

- 1. Se excluyen los Accidentes o Enfermedades cuyos signos o síntomas se hayan originado o manifestado en la República Mexicana, así como sus complicaciones, sean o no motivos de la estancia o el viaje.**
- 2. Se excluye el servicio de Enfermería fuera del Hospital.**
- 3. Se excluyen los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
- 4. Se excluye la operación cesárea, el parto, embarazo ni sus complicaciones cualquiera que sea su causa.**
- 5. Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
- 6. Se excluyen los gastos por Padecimientos Preexistentes declarados o no declarados.**
- 7. Se excluyen los Padecimientos Preexistentes.**
- 8. Se excluyen los Padecimientos congénitos.**

9. Se excluyen los estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la Emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.

10. Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.

11. Se excluyen los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de tres (3) meses fuera de la República Mexicana.

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

II. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

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

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

El parto y la cesárea quedan cubiertos de acuerdo a lo estipulado en el apartado Gastos Médicos con Período de Espera.

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA.

- 1. Se excluye el servicio de Enfermería fuera del Hospital.**
- 2. Se excluyen los tratamientos de Rehabilitación o Fisioterapia en el extranjero.**
- 3. Se excluyen las complicaciones de la cesárea, el parto, y embarazo excepto las mencionadas en el apartado 5. Gastos Cubiertos con Período de Espera.**
- 4. Por concepto de habitación, quedará excluida toda aquella tarifa que no sea la correspondiente a cuarto semi-privado.**
- 5. Se excluyen los gastos por Padecimientos Preexistentes declarados o no declarados.**
- 6. Se excluyen los Padecimientos Preexistentes.**

7. Se excluyen los Padecimientos Congénitos.

8. Son aplicables en este capítulo, las Exclusiones Generales estipuladas en este Contrato.

9. Se excluyen los gastos por Accidentes y/o Enfermedades de Asegurados que lleguen a residir más de nueve (9) meses fuera de la República Mexicana.

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

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

Este documento forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, 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 cuarenta y ocho (48) horas continuas como paciente interno a consecuencia de algún Accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y de la contratación de esta Cobertura hasta por la Suma Asegurada por día contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endoso.

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

Edad de contratación a partir de los veinte (20) años y hasta los sesenta y cinco (65) años.

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

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

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

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

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

- a. Hospitalización por Enfermedades.**
- b. Hospitalización por Enfermedades preexistentes.**
- c. Hospitalización por Padecimientos o procedimientos secundarios a intento de suicidio o lesiones auto infligidas.**
- d. Hospitalización por Accidentes a consecuencia a del uso o estando bajo los efectos del alcohol y/o droga siempre y cuando el afectado sea responsable directo.**

e. Hospitalización por Accidentes para tratamientos o procedimientos experimentales.

f. Hospitalización por Accidente a consecuencia de padecimientos psiquiátricos, demencia senil o abandono familiar.

g. Hospitalizaciones por Accidente que no sean médicamente necesarias o que no sean prescritas por el Médico tratante.

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

IV. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER FEMENINO (ICF).

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

COBERTURA. En caso de que 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 Período de Espera de ciento ochenta (180) días a partir de la contratación de esta Cobertura, se le pagará por única ocasión la suma Asegurada contratada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

Tipos de Cáncer cubiertos:

- Cáncer en una o ambas mamas.
- Cáncer en el cérvix o cuello uterino.

- Cáncer en el útero o matriz.
- Cáncer en la vagina.
- Cáncer en la vulva.
- Cáncer en uno o ambos ovarios.
- Cáncer en una o ambas trompas de Falopio.

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

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

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

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

Se define como Cáncer, 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 NIC3*.**
- 2. Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) según la clasificación TNM Última Edición de la AJCC**.**
- 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.

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

****:** 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 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.

V. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE.

Este documento forma parte integral de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, 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. Esta opción de Cobertura sólo se podrá contratar si el Deducible contratado para la Cobertura Básica es menor o igual a 7 SMGM. La presente Cobertura operará de la siguiente manera:

Al contratar la presente Cobertura, Plan Seguro exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por Accidente, siempre y cuando la primera atención y gasto médico se realicen durante los siguientes diez días naturales a partir de la fecha en que ocurra el Accidente y el monto total de los gastos generados por el Siniestro sea superior a:

- \$1,000.00 pesos para Pólizas con Deducible contratado menor igual a 4.5 SMGM.
- \$2,000.00 pesos para Pólizas con Deducible contratado mayor a 4.5 y menor igual a 7 SMGM.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:

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

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

VI. COBERTURA DE INCREMENTO EN LA SUMA ASEGURADA PARA PARTO Y CESÁREA.

Este documento forma parte integral de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, 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. La presente Cobertura incrementa la Suma Asegurada establecida en la Cobertura Básica para Parto y Cesárea indicada en el apartado Gastos Cubiertos con Período de Espera, el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura no presentan cambios.

La nueva Suma Asegurada se indicará en la Carátula de Póliza y aplicará para embarazos que inicien después de la fecha de contratación de esta Cobertura.

La presente Cobertura podrá ser contratada por aquellas Aseguradas que cuenten con al menos dos años de Cobertura continua en el presente Producto.

La edad de aceptación es de los veinte (20) años cumplidos a los treinta y siete (37) años y únicamente se podrá renovar hasta los treinta y ocho (38) años cumplidos si la Asegurada estuviera embarazada

para la renovación, en ningún otro caso se podrá renovar después de los treinta y siete (37) años.

PREVALENCIA. En caso de que la Cobertura Incremento en la Suma Asegurada para Parto y Cesárea 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 REDUCCIÓN DE COASEGURO EN PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES DERIVADOS DE UN ACCIDENTE.

Este documento forma parte integral de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, 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. La presente Cobertura reduce el Coaseguro establecido en la Cobertura Básica para Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un accidente indicada en el apartado Gastos Médicos Cubiertos a quedar en treinta por ciento (30%), el resto de los términos establecidos en dicha Cobertura no presentan cambios.

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

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.

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 días (30) 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.

Dado que el Deducible aplica una vez por padecimiento, para efectos de la renovación, éste será actualizado para nuevos padecimientos conforme al Salario Mínimo General Mensual vigente al momento de la ocurrencia del nuevo padecimiento, para padecimientos

anteriores se aplicará el Deducible previsto en la fecha de ocurrencia del Siniestro.

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

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

- a. Disimular, omitir o declarar falsa o inexacta, las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación de un siniestro y/o las consecuencias de una reclamación o de la realización del siniestro.
- b. Falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente alguna reclamación.
- c. Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos como privados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o Reembolso o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al siniestro.

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

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

En caso de Alta de un Asegurado, Plan Seguro cobrará al Contratante la Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del Alta hasta el vencimiento del 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, o sus ascendientes o descendientes en línea recta.

ALTA DE ASEGURADOS. El Contratante deberá presentar una nueva Solicitud para la inclusión de otros Dependientes Económicos, la cual deberá venir llenada y firmada por el Dependiente Económico siempre que sea mayor de edad, en caso contrario deberá venir firmada por el Asegurado Titular (en caso de que el Contratante sea persona moral) o Contratante, los cuales podrán quedar cubiertos cuando Plan Seguro acepte el riesgo conforme a las pruebas de asegurabilidad solicitadas y cuando se haya obligado a pagar la Prima correspondiente. Si el Asegurado contrae matrimonio o está en

Concubinato, el Cónyuge o Concubinario que posea tal carácter podrá quedar igualmente cubierto, siempre y cuando se dé aviso por escrito a Plan Seguro, se aprueben Examen de Selección, Cuestionario(s) Médico(s), Solicitud debidamente llenada y firmada por el Asegurado (en caso de haber contraído matrimonio, anexar Acta de matrimonio) y se obligue a pagar la Prima correspondiente.

ALTA DE ASEGURADOS QUE NACIERON DENTRO DE LA VIGENCIA. Los hijos de la pareja matrimonial Asegurada o del Concubinato, nacidos durante la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, siempre y cuando el recién nacido se encuentre vivo, estén Asegurados su padre y/o madre y cumpla con los siguientes requisitos:

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

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

BAJA DE ASEGURADOS. Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la familia Asegurada. Los Beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por Siniestros que se encuentren dentro del Período de Cobertura. En caso de existir algún Siniestro afectando la Póliza, no habrá devolución de Prima; en caso contrario, se devolverá el cincuenta y tres por ciento (53%) de la Prima Neta Pagada no Devengada.

Se excluirán de la Cobertura de esta Póliza, a partir del momento en que se notifique a Plan Seguro cualquiera de las situaciones que a continuación se mencionan:

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

- a) Contraigan matrimonio.

- b) Reciban remuneración por trabajo personal.
- c) Cumplan veinticinco (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.

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

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 establecer el cobro de una Extraprima por el riesgo al cual se expone el Asegurado por la nueva ocupación y/o actividad. En caso de que el Asegurado no dé aviso, Plan Seguro no tendrá obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen por el desempeño de la nueva ocupación y/o actividad, aunque ésta no haya influido en la realización del Siniestro.

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

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

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

- Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, Plan Seguro reembolsará el cincuenta y tres por ciento (53%) de la Prima que pago en exceso al Contratante, las Primas restantes deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- Si la edad es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación, la obligación de Plan Seguro se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

REHABILITACIÓN. Cuando la Póliza vigente cese en sus efectos por falta de pago de Primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento del Período de Gracia y en su caso, Plan Seguro la podrá otorgar respetando la vigencia

originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con los siguientes requisitos:

- 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:

- Cuando el padecimiento haya agotado la Suma Asegurada contratada en la fecha que se originó el padecimiento.
- Terminación de la vigencia de la Póliza, salvo lo indicado en la cláusula de Período de Beneficio.
- 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 hasta agotar la Suma Asegurada contratada en la fecha en la que se originó el padecimiento, lo que ocurra primero.

Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por conceptos de padecimientos iniciados en la vigencia de esta Póliza con Plan Seguro, estos se cubrirán vía Reembolso hasta certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través del Alta Médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta 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. Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro); en este lapso de tiempo no opera el Pago Directo, por lo que las reclamaciones presentadas serán valoradas para determinar la procedencia de su pago vía Reembolso.

PERÍODO AL DESCUBIERTO. Comienza a las doce (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.

- a) **Accidente.** En el caso de Accidentes cubiertos, estos quedarán amparados desde el primer día de vigencia de la Póliza, es decir no hay Período de Espera.
- b) **Enfermedad.** En caso de contratación de una Póliza nueva y de tratarse de una Enfermedad cubierta, ésta quedará amparada después de transcurrir treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la Póliza. Dicho período se elimina cuando al momento de la contratación, Plan Seguro otorga el Reconocimiento de Antigüedad con otras Compañías, o:

1. Cuando se trate de una renovación en Plan Seguro.
2. En caso de hijos nacidos dentro de la vigencia de la misma, que fueron dados de Alta después de los treinta (30) días naturales de nacidos.

Lo anterior en el entendido de que, lo previsto en la Cobertura de ACCIDENTES y ENFERMEDADES aplica de conformidad con lo señalado en los apartados Gastos Médicos Cubiertos, Gastos Cubiertos con Períodos de Espera, Exclusiones y Endosos de la Póliza y/o Asegurado, respectivamente.

TERMINACIÓN ANTICIPADA POR EL CONTRATANTE. Únicamente el Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que cesará el Contrato.

La Terminación anticipada no eximirá a Plan Seguro del pago de las Indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor. Plan Seguro devolverá de conformidad con sus políticas de coberturas vigentes el cincuenta y tres por ciento (53%) de la Prima Neta Pagada no Devengada, siempre y cuando no exista un Siniestro afectando a la Póliza, en cuyo caso, no habrá devolución de Prima, ya que se considerará Devengada en su totalidad.

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

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

CLÁUSULAS CONTRACTUALES.

OBJETO DEL SEGURO

Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, en lo sucesivo Plan Seguro, efectuará el Pago Directo o Reembolso del gasto relacionado con los servicios de Salud amparados y padecimientos amparados por las presentes Condiciones Generales dentro de la República Mexicana siempre que, mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a las indicadas en la Carátula que se encuentren vigentes y hasta por la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del

Accidente y/o Enfermedad, dichos padecimientos ocurran durante la vigencia, así como cumplan con las condiciones descritas en estas Condiciones Generales. Los servicios cubiertos deberán ser ajustados previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza y/o Endoso por tipo de Cobertura, inicio de vigencia, período de Cobertura y Endosos adicionales.

CONTRATO

Forman parte de este Contrato las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a Plan Seguro en la Solicitud, Cuestionario(s) correspondiente(s) y Examen Médico, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos; la Carátula de Póliza, las Cláusulas opcionales, así como los Endosos que llevan anexos y 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 ServicioSeguro, Centro de Atención Telefónica Plan Seguro.
- b) Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros; en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus Delegaciones.
- c) En la vía judicial, promoviendo demanda ante el Juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante en razón de su domicilio; o bien, en la que hubiere presentado inicialmente su reclamación.

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

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

PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del Artículo 81

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

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

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Plan Seguro para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro (Arts. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), Plan Seguro reintegrará al Contratante el cincuenta y tres por ciento (53%) de la Prima Neta Pagada no Devengada, siempre y cuando no haya existido un Siniestro, en cuyo caso no habrá devolución de Prima.

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

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, dichos gastos serán reembolsados en la

República Mexicana en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación. El tipo de cambio a aplicar será el vigente a la fecha de erogación del gasto.

OTROS SEGUROS. Cuando se contrate en varias empresas un Seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los Aseguradores la existencia de los otros Seguros. La Cobertura de la presente Póliza no será condicionada por contar con otros Seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los Aseguradores, así como de las Sumas Aseguradas.

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

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

INTERÉS MORATORIO. Si Plan Seguro no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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 solo podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra terceros en razón del Siniestro, cuando se trate de Contratos de Seguro que cubran Gastos Médicos Mayores o Salud.

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

Si el daño fuere indemnizado 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, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Del. Tlalpan, México, D.F. Las comunicaciones que Plan Seguro haga al Contratante, se dirigirá al último domicilio que ésta conozca.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de 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 Deducible y Coaseguro contratado, los cuales se aplicarán a la cantidad reclamada una vez ajustada a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos respectivos. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro, será la participación total del Asegurado, así como los gastos no cubiertos.

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

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

- El monto reclamado sea mayor al Deducible contratado.
- Se haya contratado la Cobertura con costo de **ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE** y el monto reclamado sea mayor a \$1,000 o \$2,000 según el Deducible contratado.

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

En caso que exista una reclamación y el monto de ésta sea superior al Deducible contratado, al utilizar Médicos y Hospitales en convenio de acuerdo a la Base Hospitalaria contratada y la Indemnización sea a través de Pago Directo o al utilizar Médicos y Hospitales en convenio de una Base Hospitalaria inferior a la contratada y la Indemnización sea vía Reembolso, se procederá de la siguiente manera:

- Si la Póliza tiene Deducible contratado igual o mayor a 1 SMGM, se eliminará la cantidad correspondiente a 1 SMGM del Deducible contratado.

- Si la Póliza tiene Coaseguro igual o mayor a diez por ciento (10%), se eliminará solamente diez por ciento (10%) del Coaseguro contratado.

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

- Si la Póliza tiene Deducible contratado igual o mayor a 1 SMGM, se eliminará la cantidad correspondiente a 0.5 SMGM del Deducible contratado.
- Si la Póliza tiene Coaseguro igual o mayor a diez por ciento (10%), se eliminará solamente cinco por ciento (5%) del Coaseguro contratado.

No aplica en Coberturas donde se estipula un Deducible y un Coaseguro diferente al contratado.

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

en apartado Cláusulas Generales para Cláusulas Contractuales: Subrogación de Derechos, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno de otro.

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

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

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

Para solicitar el pago de cada Siniestro de 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 requisitado en forma completa y con letra de molde por el Titular de la Póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo. Cada aviso debe estar firmado por el Asegurado afectado y en caso de ser menor de edad por el Asegurado Titular o el Contratante.
- Informe Médico en la papelería que Plan Seguro entregue al Asegurado. Es requisito que este documento sea llenado por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para

el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos Informes 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 y Gabinete irán acompañadas de sus respectivos resultados originales.
- Expediente Clínico.

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

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

Si la hospitalización es en Hospital Privado:

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

Si la hospitalización es en Hospital Público legalmente autorizado:

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

En caso de haber contratado la COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR 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.

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

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

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

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

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

PAGO DE RECLAMACIONES.

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

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

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

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

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio que no se encuentre dentro de la Base Hospitalaria correspondiente a su plan contratado y siempre que este pertenezca a una jerarquía

mayor a su Base Hospitalaria contratada, además del Coaseguro contratado, pagará veinte por ciento (20%) adicional sobre los gastos cubiertos, por cada nivel de Base Hospitalaria superior a la contratada. El Asegurado pagará veinte por ciento (20%) adicional al Coaseguro contratado en todos los casos independientemente de que sea Pago Directo o Reembolso.

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

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

En caso de que el Asegurado ingrese documentación apócrifa, alterada o manipulada para efectos de realizar una reclamación ya sea por Reembolso o Pago Directo, programación de cirugía o Solicitud de estudios, o cuando ingrese un segundo dictamen médico, con el que pretenda desvirtuar o modificar el contenido del primero, 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-H0701-0031-2015.



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-SOICG-13-10-15