



CONDICIONES GENERALES

OPCIÓN

HOSPITALARIA

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Objeto del Seguro | 6 |
| 2. Definiciones | 6 |
| 2.1 Accidente | 6 |
| 2.2 Accidente cubierto | 6 |
| 2.3 Asegurado (s) | 6 |
| 2.4 Asegurado Titular | 6 |
| 2.5 Autorización del Servicios | 6 |
| 2.6 Beneficios Adicionales | 6 |
| 2.7 Círculo Hospitalario | 7 |
| 2.8 Coaseguro | 7 |
| 2.9 Coberturas Adicionales | 7 |
| 2.10 Condiciones Generales | 7 |
| 2.11 Contratante | 7 |
| 2.12 Culpa Grave | 7 |
| 2.13 Deducible | 7 |
| 2.14 Dependientes Económicos | 8 |
| 2.15 Emergencia o Vigencia Médica | 8 |
| 2.16 Endoso | 8 |
| 2.17 Enfermedad | 8 |
| 2.18 Enfermedad Cubierta | 8 |
| 2.19 Enfermera | 8 |
| 2.20 Evento | 8 |
| 2.21 Fecha de Alta | 9 |
| 2.22 Fecha de Antigüedad | 9 |
| 2.23 Gastos Médicos Amparados | 9 |
| 2.24 Hospital, Clínica o Sanatorio | 9 |
| 2.25 Hospitalización | 9 |
| 2.26 Instrumentista | 9 |
| 2.27 Médico | 9 |
| 2.28 Médico Ayudante | 9 |
| 2.29 Médico Especialista | 10 |
| 2.30 Médico Tratante | 10 |
| 2.31 Padecimientos Congénitos | 10 |
| 2.32 Pago Directo | 10 |
| 2.33 Periodo al Descuberto | 10 |
| 2.34 Periodo de Espera | 10 |
| 2.35 Periodo de Gracia | 10 |
| 2.36 Plan | 11 |
| 2.37 Póliza | 11 |
| 2.38 Preexistencia | 11 |
| 2.39 Proveedor | 12 |
| 2.40 Proveedor no Participante | 12 |
| 2.41 Proveedor Participante | 12 |
| 2.42 Reembolso | 12 |
| 2.43 Rehabilitación del Contrato | 12 |
| 2.44 Salario Mínimo General Mensual (SMGM) | 12 |
| 2.45 Suma Asegurada | 12 |
| 2.46 Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos | 12 |
| 2.47 Territorialidad | 12 |
| 2.48 Tope de Coaseguro | 13 |
| 2.49 Tratamiento Médico | 13 |
| 2.50 Zona de Contratación | 13 |
| 2.51 Zona de Atención | 13 |

| | |
|---|----|
| 3. Contrato | 13 |
| 3.1 Contrato | 13 |
| 3.2 Costo de Adquisición | 13 |
| 3.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones | 13 |
| 3.4 Acceso a la Información Relacionada con este Plan | 14 |
| 3.5 Agravación del Riesgo | 14 |
| 3.6 Causas de Rescisión | 15 |
| 3.7 Causas de Liberación de la Obligación de Pago | 17 |
| 3.8 Causas de Cancelación de la Póliza | 17 |
| 3.9 Competencia | 17 |
| 3.10 Elegibilidad | 17 |
| 3.11 Independencia Contractual | 18 |
| 3.12 Independencia Laboral | 18 |
| 3.13 Rehabilitación | 18 |
| 3.14 Rectificación de la Póliza | 19 |
| 3.15 Modificaciones al Contrato | 19 |
| 3.16 Notificaciones | 19 |
| 3.17 Residencia | 19 |
| 3.18 Limitaciones | 20 |
| 3.19 Otros Seguros | 20 |
| 3.20 Cambio de Plan | 20 |
| 4. Cláusulas Particulares | 20 |
| 4.1 Datos de inscripción Recas | 20 |
| 4.2 Medios de Identificación | 20 |
| 4.3 Información para Operaciones | 21 |
| 4.4 Preceptos legales | 21 |
| 4.5 No discriminación | 21 |
| 4.6 Localización de la Unidad Especializada de Atención al Usuario | 21 |
| 5. Obligaciones del Contratante | 22 |
| 5.1 Prima | 22 |
| 5.2 Lugar de Pago | 22 |
| 5.3 Alta y Baja de Asegurados | 22 |
| 5.4 Prescripción | 23 |
| 6. Vigencia del Seguro | 24 |
| 6.1 Inicio de Vigencia | 24 |
| 6.2 Fin de la Vigencia | 24 |
| 6.3 Renovación | 24 |
| 6.4 Cancelación Anticipada | 26 |
| 6.5 Edad | 26 |
| 7. Suma Asegurada | 26 |
| 8. Cobertura Básica | 27 |
| 8.1 Gastos por Hospitalización | 27 |
| 8.2 Honorarios Médicos | 28 |
| 8.3 Consultas Médicas | 29 |
| 8.4 Medicamentos | 30 |
| 8.5 Servicios de Laboratorio y Gabinete | 30 |
| 8.6 Servicios y Gastos Relacionados | 30 |
| 8.7 Procedimientos y Coberturas Amparados con Especificaciones Particulares | 31 |
| 9. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera | 34 |
| 9.1 Maternidad y Complicaciones | 34 |
| 9.2 Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de dos años | 35 |
| 9.3 Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de cinco años | 36 |
| 9.4 Eliminación de Periodos de Espera por Accidente | 37 |

| | |
|---|----|
| 10. Beneficios Adicionales | 37 |
| 10.1 Línea Telefónica de Atención a Asegurados denominada "INFOSALUD" | 37 |
| 10.2 Segunda Opinión Médica | 37 |
| 10.3 Reconocimiento de Antigüedad Generada en otras Pólizas de Seguro | 37 |
| 10.4 Reducción de Coaseguro y Deducible | 38 |
| 11. Coberturas Adicionales | 38 |
| 11.1 Emergencia Médica en el Extranjero | 38 |
| 11.2 Enfermedades Catastróficas Nacional | 39 |
| 11.3 Cláusula Familiar | 40 |
| 11.4 Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización | 42 |
| 11.5 Eliminación de Deducible por Accidente..... | 42 |
| 11.6 Cobertura de Incremento en el Tabulador | 42 |
| 11.7 Cobertura de Eliminación de Penalización por Cambio de Zona | 43 |
| 11.8 Asistencia Internacional en Viaje | 43 |
| 12. Exclusiones Generales..... | 48 |
| 13. Indemnizaciones..... | 52 |
| 13.1 Deducible..... | 52 |
| 13.2 Coaseguro | 53 |
| 13.3 Descuento o Penalización por Cambio de Círculo Hospitalario | 53 |
| 13.4 Penalización por Cambio de Zona | 54 |
| 13.5 Tope de Coaseguro | 54 |
| 13.6 Secuencia de la Indemnización..... | 54 |
| 13.7 Sistema de Pago Directo a Proveedores Participantes en la Red | 55 |
| 13.8 Sistema de Pago por Reembolso | 56 |
| 13.9 Interés Moratorio | 58 |
| 13.10 Moneda | 58 |
| 13.11 Subrogación de Derechos | 59 |
| 13.12 Cláusula de Derechos Humanos..... | 59 |

1. OBJETO DEL SEGURO.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., denominada en adelante como “la Compañía”, se obliga a reembolsar al Asegurado los gastos médicos cubiertos en que incurra para recuperar la salud o vigor vital a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto y de acuerdo con las condiciones de la Póliza y las características del plan contratado.

2. DEFINICIONES.

Para la interpretación y cumplimiento de este Contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

2.1 ACCIDENTE. Se considera Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que provoque lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera Accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los treinta días naturales siguientes a la fecha del Accidente.

En caso de no haber recibido la notificación por escrito por parte del Asegurado dentro de los 30 días siguientes a la realización del riesgo, no se considerará accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

2.2 ACCIDENTE CUBIERTO. Es aquel Accidente originado dentro del período de vigencia de la Póliza.

2.3 ASEGURADO(S). La(s) persona(s) cubierta(s) por el Plan, cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en la Carátula de la Póliza y que ha(n) sido aceptado(s) por la Compañía para tener derecho a los beneficios contratados que otorga el presente Contrato.

2.4 ASEGURADO TITULAR. Persona física, mayor de edad, responsable de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este Contrato, además de ser el responsable de firmar la Solicitud del Plan, con ese carácter.

2.5 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS. Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación médica de la Compañía para un servicio o procedimiento que lo requiera.

2.6 BENEFICIOS ADICIONALES. Son valores agregados que la

Compañía brinda a sus Asegurados sin costo alguno.

2.7 CÍRCULO HOSPITALARIO. Es el nivel de acceso a los servicios hospitalarios que el Asegurado podrá elegir libremente al momento de contratar su Póliza. Las opciones que se ofrecen son las siguientes:

- Círculo Hospitalario Plus.
- Círculo Hospitalario A.
- Círculo Hospitalario B.

Los Hospitales que forman cada uno de los Círculos Hospitalarios anteriormente mencionados se establecen en la página de la Compañía (www.generaldesalud.com.mx).

Cada Círculo Hospitalario tiene asociado un Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, de acuerdo al nivel elegido.

2.8 COASEGURO. Cantidad o porcentaje de contribución estipulado en la carátula de la presente Póliza que el Asegurado aportará al monto total de gastos cubiertos que resulte de cada reclamación y de acuerdo a las reglas estipuladas en las presentes Condiciones, una vez descontado el deducible especificado.

2.9 COBERTURAS ADICIONALES. Son aquellas que se pueden agregar al Plan mediante el pago de una Prima adicional y se estipulen en la Carátula de la Póliza.

2.10 CONDICIONES GENERALES. Documento que contiene el clausulado general de la Póliza, en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes que integran el Contrato de Seguro.

2.11 CONTRATANTE. Es la persona física o moral que solicitó la celebración del presente Contrato para sí y/o para terceras personas, cuya solicitud sirvió de base para la expedición de esta Póliza, y que tiene como obligación el pago de las Primas estipuladas en la misma.

2.12 CULPA GRAVE. Toda acción u omisión inexcusable, negligente o deliberada por parte del Asegurado.

2.13 DEDUCIBLE. Cantidad a cargo del Asegurado que se establece en la Carátula de la Póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada Evento que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato.

2.14 DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular, al cónyuge y a los hijos, conforme a lo establecido en el Apartado 3.10 Elegibilidad.

2.15 EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA. Cualquier padecimiento o Accidente cubierto por la Póliza que ponga en peligro la vida, la funcionalidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Asegurado, para la cual se requiere intervención médica inmediata. Es necesario que el Asegurado ingrese por el área de urgencias del hospital.

2.16 ENDOSO. Documento emitido por la Compañía que modifica las condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

2.17 ENFERMEDAD. Se entiende por Enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Se considera como una misma Enfermedad todas aquellas alteraciones o padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

No se considerará como Enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. El Embarazo no se considera una Enfermedad.

2.18 ENFERMEDAD CUBIERTA. Es aquella Enfermedad originada dentro del período de vigencia del Plan, cuyo inicio así como el primer gasto y/o primera atención médica ocurra mientras se encuentre vigente el presente contrato y que no esté expresamente excluida en la Póliza o no se encuentre dentro del período de espera correspondiente.

2.19 ENFERMERA. Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

2.20 EVENTO. Para efectos de este contrato se considerará como un Evento toda afectación que sufre el Asegurado en su salud a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial, independientemente de la vigencia en la cual se presenten.

El Evento se refiere a cada enfermedad o accidente cubierta por esta Póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad o accidente.

2.21 FECHA DE ALTA. Es la fecha a partir de la cual inician los beneficios de este contrato y se indica en la carátula de la Póliza.

2.22 FECHA DE ANTIGÜEDAD. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como Fecha de Antigüedad la fecha de Alta del Asegurado. La Fecha de Antigüedad podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en la carátula de la Póliza. Este concepto aplicará únicamente para los padecimientos expresados en el punto 9.2 “GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS”.

2.23 GASTOS MÉDICOS AMPARADOS. Son los gastos estrictamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de accidentes o enfermedades amparadas, los cuales se detallan en el Apartado 8. Cobertura Básica y conforme a lo que se establece en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

2.24 HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO. Establecimiento o Institución de Salud legalmente registrado para la atención médico hospitalaria.

2.25 HOSPITALIZACIÓN. Para efectos de este Plan, es la estancia continua del Asegurado en un hospital, clínica o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para el padecimiento a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

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

2.27 MÉDICO. Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión. El Médico no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.28 MÉDICO AYUDANTE. Médico que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de un evento quirúrgico y cuya participación es indispensable. El Médico Ayudante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)).

2.29 MÉDICO ESPECIALISTA. Médico que practica alguna o algunas ramas de la Medicina, debidamente autorizado para ejercer dicha especialidad. El Médico Especialista no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.30 MÉDICO TRATANTE. Es el Médico que se está haciendo cargo del cuidado y atención del padecimiento o enfermedad del Asegurado. El Médico Tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.31 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al nacimiento o se manifiesten en cualquier momento de la vida.

2.32 PAGO DIRECTO. Beneficio mediante el cual la Compañía pagará directamente al Proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por este Plan. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red Médica, que el Contrato se encuentre vigente y la hospitalización sea de más de 24 horas.

2.33 PERIODO AL DESCUBIERTO. Es el lapso en el cual la Póliza no se encuentra pagada. Inicia el último día del período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la Prima o fracción pactada, previa su rehabilitación.

2.34 PERIODO DE ESPERA. Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua e ininterrumpida a partir de la Fecha de Antigüedad en la Póliza con respecto a cada Asegurado, con el fin de cubrir los padecimientos expresados en la Sección 9. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera.

Para efectos de Periodos de Espera se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza o si se cancela por la falta de pago de la Prima.

2.35 PERIODO DE GRACIA. El Periodo de Gracia será de 30 días para el primer recibo y 10 para los recibos subsecuentes de acuerdo a lo definido en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Artículo 40.-

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las

doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley”.

2.36 PLAN. Paquete de Coberturas y beneficios respaldados por la Compañía y cuyo alcance y limitaciones se especifican en la Póliza respectiva.

2.37 PÓLIZA. Documento que entrega la Compañía al Asegurado en el que se encuentran plasmados los Derechos, Obligaciones, Alcances, Coberturas, Primas Pactadas, Inicio y Término de Vigencia. Los derechos y obligaciones plasmados en la Póliza deben ser interpretados de acuerdo con el clausulado que le resulte aplicable (Condiciones Generales y Endosos). Por lo tanto, para hacer efectiva cualquiera de las Coberturas y Beneficios que ampara la Póliza, el Asegurado debe sujetarse al clausulado y endosos que formen parte del presente Contrato.

2.38 PREEXISTENCIA. Para efectos de preexistencias General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente en los siguientes casos:

- a) Cuando previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, se haya declarado la existencia del padecimiento o enfermedad en cuestión, que mediante el diagnóstico de un médico legalmente autorizado se haya comprobado su existencia, o mediante la realización de pruebas de laboratorio o gabinete.
- b) Cuando General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya realizado un gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento en cuestión, en dichos casos podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico o el resumen clínico con el fin de determinar la procedencia de la reclamación.

En los casos que haya controversia el reclamante podrá hacer valer sus derechos con base en lo descrito en la cláusula de COMPETENCIA.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá requerir al solicitante durante el proceso de suscripción, que se someta a un examen médico, a fin de determinar de una manera objetiva la

existencia de preexistencia en enfermedades o padecimientos.

2.39 PROVEEDOR. Instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización para proveer servicios de salud, tales como Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios, Equipo Especial, etc.

2.40 PROVEEDOR NO PARTICIPANTE. Es el Proveedor no perteneciente a la red de la Compañía y que por lo tanto su atención no otorga ningún Beneficio Adicional a nuestros Asegurados, ni al sistema de Pago Directo.

2.41 PROVEEDOR PARTICIPANTE. Proveedor previamente seleccionado y con el cual se ha celebrado convenio para participar en el Plan y que por su atención puede otorgar Beneficios Adicionales a nuestros Asegurados.

2.42 REEMBOLSO. Proceso mediante el cual la Compañía restituye los gastos procedentes realizados por el Asegurado a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierto por esta Póliza.

El pago por reembolso estará limitado por el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos definidos por la Compañía.

2.43 REHABILITACIÓN DEL CONTRATO. Proceso mediante el cual se reinstalan los efectos de la Póliza, cuando ésta haya sido cancelada por falta de pago, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.44 SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL (SMGM). Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal a la fecha del primer gasto médico cubierto.

2.45 SUMA ASEGURADA. Es la responsabilidad máxima cubierta por esta Póliza para cada accidente o enfermedad amparados, la cual puede ser diferente para algunos beneficios específicos, cuando así sea señalado en la carátula de la Póliza, en las presentes condiciones o en los endosos respectivos.

2.46 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS. Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, así como de Honorarios Médicos para las diferentes especialidades, en el cual se especifica el monto máximo que pagará la Compañía por cada uno de éstos.

2.47 TERRITORIALIDAD. La presente Póliza sólo será aplicable a los Gastos Médicos procedentes realizados dentro de los límites

territoriales de los Estados Unidos Mexicanos a consecuencia de una Cobertura Amparada.

2.48 TOPE DE COASEGURO. Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro por cada Evento. El tope se especifica en la Carátula de la Póliza.

2.49 TRATAMIENTO MÉDICO. Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la Salud del Asegurado, a causa de un Accidente o Enfermedad cubierta por la Póliza.

2.50 ZONA DE CONTRATACIÓN. Es la zona que le corresponde al Asegurado de acuerdo al lugar donde éste tenga su residencia permanente, aunque el mismo tiene la opción de haber elegido una zona superior a la que corresponde a su residencia. La Zona de Contratación se hará constar en la carátula de la Póliza.

2.51 ZONA DE ATENCIÓN. Es la zona en que el Asegurado recibe los servicios médicos de esta Póliza.

3. CONTRATO.

3.1 CONTRATO. Se integra por: las declaraciones del Contratante y del o los Asegurados manifestadas por escrito a la Compañía en la Solicitud, así como la Póliza del Seguro (donde se contienen los Derechos, Obligaciones, Alcances, Coberturas, Primas Pactadas, Inicio y Término de Vigencia) que consta de Carátula, Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Endosos; formando constancia del Contrato celebrado entre el Contratante y la Compañía y bajo el mismo quedarán amparados todos los Asegurados que ingresen a esta Póliza.

3.2 COSTO DE ADQUISICIÓN. Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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. General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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.

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES. El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a la Compañía, de

acuerdo con los 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. En caso de no hacerlo, la Compañía podrá rescindir de pleno derecho el Contrato desde inicio de vigencia. La omisión o declaración inexacta de tales hechos en estos documentos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no influyan en la realización de algún Accidente o Enfermedad o su gasto.

3.4 ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE PLAN. La Compañía podrá solicitar y recibir de cualquier Proveedor que brinde o haya brindado sus servicios a un Asegurado, toda la información necesaria para integrar sus expedientes, sujetos a los requerimientos confidenciales aplicables. Los Asegurados por este medio autorizan a cualquier Proveedor a revelar todos los hechos pertenecientes a tal cuidado y tratamiento; también para rendir informes referentes al cuidado de la condición física y médica del Asegurado. La contratación de esta Póliza de Seguro implica que el Asegurado ha otorgado su consentimiento expreso para que la Compañía pueda tener acceso a la información médica.

Asimismo, la Compañía se reserva el derecho de requerir una Segunda Opinión Médica para el Asegurado. En caso de que éste se negara a la revisión médica, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación o gasto derivado del padecimiento y sus complicaciones.

3.5 AGRAVACIÓN DEL RIESGO. De acuerdo a lo estipulado en el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado y todos los integrantes de la Póliza deberán comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si Usted como Asegurado o alguno de los integrantes de la Póliza omitieran el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

En aquellos casos en que el Asegurado, o alguno de los integrantes de la Póliza, hagan caso omiso del Tratamiento y Sugerencias Médicas que se les proporcionen, la Compañía podrá considerar que el Asegurado o alguno de los integrantes de la Póliza incurren en una agravación de riesgo, por lo que la Compañía se reserva el derecho de rescindir el Contrato de Seguro quedando liberada de toda responsabilidad contractual presente o futura.

Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“El Asegurado deberá comunicar a la Empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Empresa en lo sucesivo”.

Asimismo, si alguno de los integrantes de la Póliza realizan un cambio de ocupación distinta a la declarada, a una más peligrosa, deberán dar aviso por escrito a la Compañía, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el Riesgo al cual se exponen por dicha ocupación. La Compañía al aceptar el Riesgo, cobrará la Extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los Gastos Médicos que se originen derivados de dicho riesgo.

3.6 CAUSAS DE RESCISIÓN. El presente Contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que la Compañía tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Asegurado Titular para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado Titular o de cualquiera de sus Dependientes, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún Evento considerado en el objeto de este Seguro.

Así mismo el presente contrato o cualquiera de sus renovaciones podrá ser rescindido en caso de que el Contratante o Asegurados, con el fin de hacer incurrir en el error a la Compañía disimulen o declaren inexactamente hechos que puedan excluir o restringir las obligaciones plasmadas en estas Condiciones Generales. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada para la valoración de los antecedentes, desarrollo y atención del Riesgo Asegurado.

La Compañía comunicará por escrito al Contratante o Asegurados, la rescisión del Contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de las omisiones o inexactas declaraciones.

Serán causas de rescisión las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales, Particulares del Contrato y Endosos.

Lo anterior de acuerdo a lo estipulado por los Artículos 8°, 9°, 10°, 47°, 48°, 69° y 70° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Si el Contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado”.

Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8°, 9° y 10° de la presente ley, facultará a la Empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro”.

Artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“La Empresa Aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus Beneficiarios la rescisión del Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la propia Empresa conozca la omisión o inexacta declaración”.

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“La Empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo”.

Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Las obligaciones de la Empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior”, (refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).

3.7 CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO. No habrá obligación de pago en caso de que el Contratante o Asegurados, con el fin de hacer incurrir en el error a la Compañía disimulen o declaren inexactamente hechos que puedan excluir o restringir las obligaciones plasmadas en estas Condiciones Generales. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada.

3.8 CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA. Por falta de pago de la Prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 5.1 Prima de estas Condiciones Generales.

3.9 COMPETENCIA. En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro médico, las aseguradoras deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o La Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

3.10 ELEGIBILIDAD.

A) DEL ASEGURADO TITULAR.

Ser mayor de edad y hasta 64 años cumplidos.

B) DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES.

Para darse de alta como Dependiente, el interesado deberá reunir alguno de los siguientes requisitos:

1. Ser el cónyuge, concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.
2. Ser hijo o estar bajo tutela legal del Asegurado Titular, siempre y cuando, sea soltero y dependa legal y económicamente del Asegurado Titular.

La Cobertura de un Asegurado Dependiente cesará cuando deje de cumplir los requisitos de elegibilidad para ser Asegurado Dependiente.

C) CAUSAS DE INELEGIBILIDAD.

Si la persona fue previamente Asegurada del Plan y su cobertura fue terminada por cualquiera de las causas que se especifican en la Cláusula 3.6 Causas de Rescisión.

3.11 INDEPENDENCIA CONTRACTUAL. Queda expresamente establecido que el Asegurado gozará de plena libertad para elegir a los Médicos y Hospitales que estime convenientes, ya sea que pertenezcan a la Red de Proveedores Participantes o que se trate de Proveedores no participantes de Servicios Médicos. Por lo tanto, la responsabilidad en la designación de los Médicos y Hospitales recae única y exclusivamente en el Asegurado, así que no podrá imputarse a la Compañía ningún tipo de Responsabilidad Civil o profesional que derive o pudiera derivar de los Servicios Médicos proporcionados al Asegurado.

3.12 INDEPENDENCIA LABORAL. Queda expresamente establecido que entre el personal de cualquier Proveedor, el Agente y la Compañía no existirá ninguna relación laboral, ni de ninguna otra índole, asumiendo por consiguiente todas y cada una de las obligaciones y responsabilidades que como patrón o empleador le corresponden, a cada uno, respecto de su personal. Cada parte es responsable por sus propios actos. El anterior criterio es aplicable para cualquier responsabilidad laboral, mercantil, de seguridad social, civil, penal, administrativa o de cualquier otra índole que directa o indirectamente se derive o provenga del Proveedor, el Agente y la Compañía para con su personal.

3.13 REHABILITACIÓN. En caso de que los beneficios de este Plan hubieren cesado por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, requisitando la documentación correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose

la Compañía la aprobación de la misma de acuerdo a la selección que se realice al momento de esta solicitud, en cuyo caso la Póliza conservará su vigencia original, para lo cual la Compañía calculará a prorrata la Prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo.

En los casos que opere la Rehabilitación, se considerará que el periodo de Cobertura se ha interrumpido, por lo que reiniciará la aplicación de Periodos de Espera, eliminando la antigüedad reconocida y generada dentro de la Compañía.

3.14 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA. El Asegurado podrá solicitar la rectificación de la Póliza en los términos del Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro que a la letra dice:

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones”. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3.15 MODIFICACIONES AL CONTRATO. Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, haciéndose constar en los Endosos respectivos.

En consecuencia, los Agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

3.16 NOTIFICACIONES. Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en la Carátula de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la Empresa Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus dependientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el Asegurador.

3.17 RESIDENCIA. Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar protegidos por el Plan, las personas que radiquen legalmente y de manera permanente en la República Mexicana.

3.18 LIMITACIONES. Cuando como consecuencia de un caso fortuito o de fuerza mayor, desastre natural, guerra, amotinamientos, insurrección civil o cualquier otra emergencia o Evento similar fuera del control de la Compañía, de su personal o recursos, no se puedan proporcionar normalmente los servicios del Plan de acuerdo a lo estipulado en este Contrato, la Compañía arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del Evento.

3.19 OTROS SEGUROS. En caso de que las coberturas otorgadas por esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otras Pólizas de seguro, el total de las indemnizaciones pagaderas en conjunto por todas las Pólizas no excederá a los gastos reales incurridos. Por lo tanto, si alguna otra aseguradora ha cubierto parcialmente los gastos realizados, el Contratante, o bien el Asegurado debe presentar copia de los comprobantes y el finiquito o carta de siniestralidad en papel membretado de la compañía.

3.20 CAMBIO DE PLAN. Si el Asegurado desea un cambio de Plan dentro de los que ofreciera en su momento la Compañía, y dicho cambio fuera autorizado en función de las políticas de suscripción vigentes a dicha fecha, los beneficios por antigüedad que otorga esta Póliza no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple. En el caso de existir un siniestro abierto, las condiciones de Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro y Círculo Hospitalario, que se aplicarán para continuar los pagos subsecuentes de los gastos médicos procedentes, se fijarán de acuerdo a las condiciones vigentes en la fecha de la primera atención médica y/o del primer gasto.

4. CLÁUSULAS PARTICULARES

4.1 DATOS DE INSCRIPCIÓN RECAS. 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 17 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0006-2016.

4.2 MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN. El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las

leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

A través de dichos medios de identificación, podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

4.3 INFORMACIÓN PARA OPERACIONES. Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de la compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldesalud.com.mx

4.4 PRECEPTOS LEGALES. Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, puede consultarlos en la página web www.generaldesalud.com.mx

4.5 NO DISCRIMINACIÓN. La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

4.6 LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF). Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. al teléfono 5270.8000 y del interior de la República marque 01800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México. Y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.com.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 5340 0999 y 01 800 99 98080. webmaster@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

5.1 PRIMA. El Contratante pagará a la Compañía el total de la Prima especificado en la Carátula de la Póliza. La Prima de esta Póliza será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence al inicio de vigencia de la Póliza.

En cada Renovación o inclusión de Asegurados a la Póliza, la Prima se determinará de acuerdo a la edad alcanzada, sexo y riesgo ocupacional. Adicionalmente para el caso de inclusión de Asegurados se tomará en cuenta el riesgo médico, aplicando las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de una reclamación, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago.

El Asegurado gozará de un plazo de treinta días naturales para liquidar el total de la Prima o la primera fracción de ella. En caso de pagos fraccionados, cada uno de estos vencerá al inicio del período que comprende, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y contará con un periodo de diez días naturales de gracia para su liquidación.

Artículo 37.- “En los seguros de Vida, en los de Accidentes y Enfermedades, así como en los de Daños, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el Asegurado optare por cubrir la Prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda”.

5.2 LUGAR DE PAGO. Los pagos deberán realizarse en las oficinas de la Compañía contra la entrega del recibo correspondiente.

5.3 ALTA Y BAJA DE ASEGURADOS.

A) PROCEDIMIENTO DE ALTA DE ASEGURADOS:

Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por el Plan, siempre que el Asegurado Titular de aviso por escrito de este hecho dentro de los treinta días naturales siguientes del acontecimiento y sea entregada su solicitud debidamente requisitada a la Compañía quien dará su aceptación en el caso que hayan sido cubiertos los Requisitos de Suscripción.

En caso de niños nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán

cubiertos por el Plan si la madre lo está y el Asegurado Titular entrega la solicitud de alta de su hijo dentro de los treinta días naturales siguientes al nacimiento. La fecha efectiva de Cobertura para un recién nacido será el día del nacimiento.

La Compañía cobrará la Prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso de vigencia hasta el término de la misma, según forma de pago estipulada, considerando la edad alcanzada del Asegurado, sexo, riesgo ocupacional y riesgo médico, de acuerdo con las tarifas vigentes debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

B) PROCEDIMIENTO DE BAJA DE ASEGURADOS:

Para que un Asegurado sea dado de baja, el Asegurado Titular deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de la Compañía cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el Asegurado Titular no de aviso de inmediato, la Cobertura del Plan continuará en vigor para ese Asegurado y el Asegurado Titular se obliga a cubrir la Prima correspondiente, hasta en tanto la Compañía no emita el Endoso correspondiente.

La Compañía devolverá al Contratante la Prima que corresponda en forma proporcional por el tiempo que faltare por transcurrir desde la baja hasta el término de Contrato.

5.4 PRESCRIPCIÓN. De acuerdo al Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos señalados en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro donde menciona que dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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 necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

Artículo 81.- “Todas las acciones que se deriven de un Contrato de

Seguro prescribirán:

- I.- En cinco años, tratándose de la Cobertura de Fallecimiento en los Seguros de Vida.
- II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen”.

Artículo 82.- “El plazo de que trata el Artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Empresa 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 necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

6. VIGENCIA DEL SEGURO.

6.1 INICIO DE VIGENCIA. La Vigencia de este Contrato inicia en la fecha que se indica en la Carátula de la Póliza, entrando en vigor desde las 00:00 hrs. de la fecha de inicio.

6.2 FIN DE LA VIGENCIA. La Vigencia de este Contrato termina en la fecha que se indica en la Carátula de la Póliza, a las 00:00 hrs. del día indicado como fin de Vigencia.

6.3 RENOVACIÓN. Esta póliza corresponde a un contrato de vigencia anual por lo que para su renovación el contratante deberá solicitarla por escrito dentro de los últimos 30 días de vigencia de la Póliza existente, de lo contrario el contrato concluirá en la fecha de término de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza. La Compañía proporcionará al Asegurado las condiciones y valores de renovación al menos durante los 20 días hábiles anteriores a la fecha de Fin de Vigencia.

Las Renovaciones que tenga este Contrato se sujetarán a las condiciones de Cobertura y primas que la Compañía tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha en la que se expida la Póliza de renovación respectiva.

En específico las condiciones de renovación se sujetarán a lo siguiente:

- Los periodos de espera en ningún caso podrán ser superiores a

los originalmente contratados.

- No se podrán ver reducidos los límites específicos de cobertura.
- No se podrá reducir la edad máxima de renovación de la originalmente contratada.

El Asegurado podrá contar con Protección Vitalicia siempre y cuando la edad de contratación inicial sea menor o igual a los 60 años de edad y permanezca con Cobertura vigente de manera ininterrumpida desde su contratación inicial. En caso contrario, la edad máxima de Renovación será hasta los 69 años cumplidos.

El pago de la Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación. En cada Renovación la Compañía calculará las Primas de acuerdo a la edad alcanzada, sexo y riesgo ocupacional del Asegurado de acuerdo a los planes, clausulado y tarifas que se encuentren vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En la renovación de la póliza no debe entenderse que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente.

Los cambios que a la renovación podrá presentar la póliza, están directamente asociados tanto a la prima como a las coberturas y las características de dichas coberturas.

Las renovaciones se sujetarán a condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza inmediata anterior en cuanto a Suma Asegurada, Participación del Asegurado y Plan. Dichas condiciones serán las que General de Salud, Compañía de Seguros S.A. tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de vigencia de cada renovación.

Las condiciones que se otorgarán mediante el proceso de renovación son:

- **La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.**
- **Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado.**

Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

Adicionalmente el Asegurado perderá el beneficio señalado en la presente Cláusula de Renovación, si la Compañía comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo a lo estipulado en el Apartado 3.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones de estas Condiciones Generales.

6.4 CANCELACIÓN ANTICIPADA. Esta Póliza podrá ser cancelada por el Contratante mediante solicitud por escrito, con 10 días de anticipación a la fecha deseada de cancelación. En este caso la Compañía devolverá al Contratante la prima pagada no devengada a la fecha en que se lleve a cabo la cancelación.

6.5 EDAD. Para efectos de este Contrato, los límites de aceptación son desde el nacimiento y hasta los 64 años cumplidos.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento, documentos que comprueben la edad de los Asegurados inscritos. Una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de inexacta declaración, al momento de celebrar el Contrato la edad del Asegurado estuviere fuera de los límites de aceptación, los beneficios de la presente Póliza quedarán nulos y sin valor para el Asegurado, reintegrando la Compañía la Prima proporcional de dicho Riesgo.

7. SUMA ASEGURADA.

Es la responsabilidad máxima cubierta por esta Póliza para cada accidente o enfermedad amparada, la cual puede ser diferente para algunos beneficios específicos.

La Suma Asegurada se fijará de acuerdo a las condiciones vigentes en la fecha de la primera atención médica y/o del primer gasto.

Si la Póliza se renueva anualmente de manera ininterrumpida, siempre y cuando no se haya agotado la Suma Asegurada, se continuarán pagando los gastos erogados por cada accidente o enfermedad amparada sin que se aplique para éstos el periodo máximo de cobertura a que se refiere el párrafo siguiente.

En caso de que la Póliza se cancele por cualquier causa o no se lleve a cabo la renovación anual, la compañía cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos ocurridos en la vigencia del contrato y realizados en los tres días siguientes al término de vigencia o fecha de cancelación o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

8. COBERTURA BÁSICA.

La Cobertura Básica corresponde al Reembolso o Pago Directo de los gastos médicos efectuados por parte del Asegurado en territorio nacional con motivo del tratamiento médico o quirúrgico de un accidente o enfermedad cubierta por la presente Póliza. La indemnización se realizará hasta agotar la Suma Asegurada correspondiente de acuerdo a lo señalado en el apartado 7. Suma Asegurada o bien hasta la recuperación de la salud del Asegurado, lo que ocurra primero.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza son los siguientes:

8.1 GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN.

Los gastos por hospitalización cubiertos son los siguientes:

- El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.
- Quirófano, sala de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- Uso de aparatos en Endoscopia, laparoscopia, colonoscopia y electrofisiología.
- Insumos hospitalarios y servicios de laboratorio y gabinete así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante.
- Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el Médico Tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto.
- Costo de la cama extra para el acompañante.

8.2 HONORARIOS MÉDICOS.

- **HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO:** Se amparan los honorarios médicos por intervención quirúrgica, los cuales incluyen el costo de las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención. Se cubrirán los Honorarios Quirúrgicos de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos contratados.

En cada sesión quirúrgica, los honorarios médicos amparados no excederán de los siguientes límites:

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo Médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos establecido para cada una de éstas.
- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo Médico y en el mismo tiempo quirúrgico, pero en diferente campo operatorio o a través de otra incisión, se pagará el 100% de la intervención cuyo importe sea mayor, además del 50% del pago correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un Cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 50% del pago correspondiente a la intervención efectuada, de acuerdo con lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- Si un Cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- Cualquier otra intervención no quedará cubierta.
- En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% cada una.
- Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, siempre y cuando transcurran al menos 24 horas entre una intervención y otra.
- Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:
 - a) Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%.
 - b) 60% de la factura hospitalaria total.

- **ANESTESISTA:** Se amparan los honorarios del Anestesista hasta por un 30% del monto cubierto para el Cirujano, el cual operará tanto para Reembolso como para Pago Directo.
- **PRIMER AYUDANTE:** Se amparan los honorarios del Primer Ayudante hasta por un 20% del monto cubierto para el Cirujano, el cual operará tanto para Reembolso como para Pago Directo. La procedencia de este concepto será valorada acorde al diagnóstico motivo del siniestro.
- **INSTRUMENTISTA:** Se amparan los honorarios del Segundo Ayudante o Instrumentista hasta por un 10% del monto cubierto para el Cirujano, el cual operará tanto para Reembolso como para Pago Directo. La procedencia de este concepto será valorada acorde al diagnóstico motivo del siniestro.
- **ENFERMERA EXTRAHOSPITALARIA:** Se amparan los honorarios de Enfermera hasta por 60 días y tres turnos diarios, el pago se efectuará conforme al Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos correspondiente.

8.3 CONSULTAS MÉDICAS.

- **MÉDICOTRATANTE:** Se amparan los gastos derivados de honorarios por consultas del médico tratante cuya atención corresponda a un Evento cubierto y el médico cuente con Cédula Profesional.
- **HOMEÓPATAS:** Se cubrirán las Consultas Homeopáticas siempre y cuando sean otorgadas por un Médico Homeópata con Cédula Profesional.
- **QUIROPRÁCTICOS:** Se cubren los tratamientos quiroprácticos hasta un máximo de 30 sesiones por cada accidente y/o enfermedad amparada, siempre y cuando sean otorgadas por un Quiropráctico con Cédula Profesional, previa autorización de la Compañía.

Los honorarios anteriores se amparan siempre y cuando correspondan a un padecimiento procedente y el pago se efectuará conforme al Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos correspondiente. Las consultas a domicilio operarán únicamente mediante reembolso.

8.4 MEDICAMENTOS.

Medicamentos consumidos por el Asegurado adquiridos dentro o fuera del hospital, siempre que tengan relación con el tratamiento del padecimiento cubierto, que sean prescritos por el o los médicos tratantes y se anexe la receta correspondiente y la factura que, cumpliendo con los requisitos fiscales, expida la farmacia.

8.5 SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

Servicios de Laboratorio y Gabinete solicitados por el Médico Tratante, que estén directamente relacionados con el padecimiento que se está tratando y que en forma enunciativa más no limitativa se refieren a: Análisis de Laboratorio, Electrocardiogramas, Estudios de Rayos X e Imagenología, Histopatología, Estudios Audiológicos, Pruebas Respiratorias, Encefalogramas, Examen de la Vista e Isótopos Radioactivos.

8.6 SERVICIOS Y GASTOS RELACIONADOS.

Se cubren los siguientes:

- **CONSUMO DE OXÍGENO:** Gastos originados por consumo de oxígeno dentro o fuera del hospital y que sean prescritos por el médico tratante.
- **TRANSFUSIONES:** Transfusiones de sangre aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes o elementos que se requieran.
- **AMBULANCIA TERRESTRE:** Queda amparada la Ambulancia Terrestre siempre y cuando el padecimiento esté cubierto. Se aplicará un incremento de 10 puntos sobre el coaseguro contratado y el monto procedente no contribuye para la determinación del tope de coaseguro.
- **AMBULANCIA AÉREA:** Se ampara el gasto de Ambulancia Aérea siempre y cuando el padecimiento este cubierto, sea medicamento necesario y no exista otro modo de transporte más seguro para su traslado. Se aplicará un incremento de 20 puntos sobre el coaseguro contratado y el monto procedente no contribuye para la determinación del tope de coaseguro. La indemnización será exclusivamente vía reembolso.
- **PRÓTESIS:** Se ampara la renta o adquisición de Prótesis y Endoprótesis, así como de Aparatos Ortopédicos requeridos por

un Evento cubierto. Quedan excluidas las reposiciones de los mismos. En específico para zapatos ortopédicos, se cubrirá un par por cada vigencia.

- **REHABILITACIÓN FÍSICA Y FISIOTERAPIA:** Quedan amparados los honorarios médicos por concepto de rehabilitación física y fisioterapia. La indemnización será de acuerdo al Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos contratado y se amparará máximo una sesión por día. Operará un límite de 60 sesiones.
- **RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL:** Se ampara la renta de equipo de hospital cuando sea prescrita por el médico tratante y esté relacionada con un Evento precedente.
- **TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA, INHALOTERAPIA, FISIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA:** Los gastos de estos tratamientos quedarán amparados siempre y cuando el padecimiento sea precedente y sean prescritos por el médico tratante.

8.7 PROCEDIMIENTOS Y COBERTURAS AMPARADOS CON ESPECIFICACIONES PARTICULARES.

Quedarán amparados los siguientes procedimientos o Eventos, bajos las especificaciones señaladas:

8.7.1 NARIZ Y SENOS PARANASALES. Se amparan siempre y cuando sean ocasionados por un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la Póliza. Se aplicará tanto en enfermedad como en accidente el Deducible contratado de la Póliza y un Coaseguro del 50% sobre el total de los gastos. En el caso de enfermedad procederá con un período de espera de dos años.

8.7.2 PADECIMIENTOS DE RODILLA. Se cubren los padecimientos de rodilla siempre y cuando sean ocasionados por un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la Póliza. Se aplicará tanto en enfermedad como en accidente el Deducible contratado de la Póliza y un Coaseguro del 30% sobre el total de los gastos. En el caso de enfermedad procederá con un período de espera de dos años.

8.7.3 PADECIMIENTOS DE COLUMNA. Se cubren los padecimientos de columna siempre y cuando sean ocasionados por un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la Póliza. Se aplicará tanto en enfermedad como en accidente el Deducible contratado de la Póliza y un Coaseguro del 30% sobre el total de los gastos. En el caso de enfermedad procederá con un período de espera de dos años.

8.7.4 CIRCUNCISIÓN. Se cubre circuncisión con periodo de

espera de dos años y siempre y cuando haya sido indicada por el Médico Tratante.

Se cubre para hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando se solicite el alta del recién nacido dentro de los primeros treinta días posteriores a su nacimiento y se haya cubierto el periodo de espera de maternidad, además de haber pagado la prima del menor, siempre y cuando haya sido indicada por el Médico Tratante. En este caso no opera el periodo de espera correspondiente.

8.7.5 TRASPLANTE DE ÓRGANOS. Queda amparado el trasplante de órganos cuando sea prescrito por el médico tratante para los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea, aplicando las siguientes estipulaciones:

- El beneficio de esta cobertura está sujeto a la valoración y autorización previa de “La Compañía”, debiendo el Asegurado solicitarla por lo menos ocho días hábiles antes de la atención médica, para realizar el pago directo e indicarle al Asegurado el procedimiento a seguir.
- Se incluyen los servicios médicos prestados durante el proceso de adquisición del órgano o tejido obtenido de un donante fallecido correspondientes a remoción, preservación y transporte.
- Se incluyen los servicios médicos prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido (acto quirúrgico).
- Los gastos derivados de trasplantes no computan para la determinación del tope de coaseguro.

Exclusiones Particulares

- **Gastos relacionados con pruebas de compatibilidad**
- **Cualquier tratamiento médico o quirúrgico del donante que sea posterior al Evento del trasplante, así como sus complicaciones o secuelas**

8.7.6 TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES, GINGIVALES O MAXILOFACIALES. Quedan amparados los gastos médicos requeridos por atención dental únicamente a consecuencia de un Accidente cubierto.

8.7.7 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO. Queda amparado este tratamiento cuando sea prescrito por el médico tratante y sea a consecuencia de:

- a) Un Accidente cubierto.
- b) Habérsele diagnosticado Cáncer de cualquier tipo, enfermedad cerebro vascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- c) Asalto, Secuestro o Violación, es indispensable presentar el acta del Ministerio Público que certifique el Evento.
- d) Gastos de tanatología, por trasplantes y pérdida de un ser querido.

Lo gastos amparados cubiertos son:

- Honorarios del médico psiquiatra de acuerdo a lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, con un máximo de 24 consultas.
- Todos los medicamentos recetados por el médico tratante por un periodo máximo de 12 meses por evento.

Exclusiones Particulares

- **Gastos médicos posteriores al término del año de cobertura, contado a partir de la primer consulta del Evento que le dio origen.**

8.7.8 DEPORTES. Quedan amparados los gastos por la práctica amateur de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos de forma ocasional o vacacional. Se excluye la práctica profesional de cualquier deporte.

La aceptación de este riesgo, está sujeta a valoración y en su caso “La Compañía” determinará si es necesario aplicar una extraprima.

Se entenderá como práctica de deportes peligrosos de forma ocasional o vacacional aquella que se realice como máximo una vez al mes.

8.7.9 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Se cubren para hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando se solicite el alta del recién nacido dentro de los primeros treinta días posteriores a su nacimiento y se haya cubierto el periodo de espera de maternidad, además de haber pagado la prima del menor.

En esta cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

8.7.10 TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. Quedan amparados siempre y cuando resulten indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto y que éstos ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.

8.7.11 EXPANSORES MAMARIOS. Quedan amparados los expansores y prótesis mamarios siempre y cuando sean prescritos con motivo de un padecimiento cubierto de cáncer de mama, y que éste ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. También se ampara cualquier complicación derivada de la colocación de los mismos.

8.7.12 PTOSIS PALPEBRAL Y ESTRABISMO. Se cubren la Ptosis Palpebral y el Estrabismo para hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando se solicite el alta del recién nacido dentro de los primeros treinta días posteriores a su nacimiento y se haya cubierto el periodo de espera de maternidad, además de haber pagado la prima del menor.

En esta cobertura, no opera el Reconocimiento de Antigüedad.

8.7.13 TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE. Queda amparado el trasplante de células madre autólogo y alogénico obtenidos de médula ósea adulta y/o cordón umbilical únicamente para las siguientes enfermedades, siempre y cuando haya sido prescrito por el médico tratante: leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide crónica, leucemia mieloblástica aguda, leucemia mielomonocítica juvenil, linfoma no Hodgkin de alto grado, enfermedad de Hodgkin y mieloma múltiple.

Exclusiones Particulares

Se encuentran excluidos los gastos relacionados con la criopreservación del cordón umbilical.

8.7.14 CIRUGÍA REFRACTIVA, Queda amparados los gastos originados por la cirugía para la corrección de defectos refractivos de la visión (Miopía y Astigmatismo), sujeta a un mínimo de 5 dioptrías por ojo por padecimiento y con un periodo de espera de dos años.

8.7.15 CONTROL DE PESO. Quedan amparadas las consultas con un Nutriólogo (con cédula Profesional), siempre y cuando corresponda a una recomendación del médico tratante para la atención de un padecimiento cubierto. Quedarán amparadas un máximo de dos consultas por mes.

9. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

9.1 MATERNIDAD Y COMPLICACIONES.

Para esta Cobertura y sus Beneficios, la Madre Asegurada deberá

contar con un período de cobertura continua e ininterrumpida de cuando menos diez meses con La Compañía al momento del parto, cesárea o el inicio de la complicación del Embarazo. Así mismo la cobertura para este beneficio, se otorga a mujeres cuya edad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza se encuentre entre 16 y 50 años de edad. Para este beneficio no aplica reconocimiento de antigüedad.

9.1.1 PARTO NORMAL, CESÁREA, ÓBITO Y ABORTO.

Quedarán cubiertos los gastos erogados a consecuencia del parto, la operación cesárea, óbito, aborto y legrados uterinos, incluyendo los honorarios médicos-quirúrgicos hasta la Suma Asegurada contratada específicamente para esta Cobertura y que se especifica en la Carátula de la Póliza, sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

Por lo que respecta a los gastos erogados a consecuencia del aborto y legrados uterinos quedarán amparados siempre y cuando sean prescritos médicamente.

Asimismo, no se cubrirá ningún otro gasto previo o posterior excepto de los que sean consecuencia directa de las complicaciones que se enuncian en el siguiente apartado.

9.1.2 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Se cubren las complicaciones del Embarazo y del Parto que a continuación se enuncian:

- Las Intervenciones Quirúrgicas realizadas con motivo del Embarazo Extrauterino.
- Estados de Fiebre Puerperal.
- Estados de Eclampsia y Toxemia del Embarazo.
- Embarazo Molar (Mola hidatiforme).
- Placenta previa.
- Placenta acreta.
- Atonía uterina.

Para estos padecimientos aplicarán la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro contratados en la Póliza, correspondientes a la cobertura básica.

9.2 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS.

Los gastos por tratamiento médico o quirúrgico de los siguientes padecimientos quedarán cubiertos, siempre y cuando las primeras

manifestaciones, diagnóstico o gasto médico sean posteriores a dos años de la Fecha de Antigüedad en la Póliza para cada Asegurado:

- Adherencias pélvicas y endometriosis.
- Amígdalas y adenoides.
- Cáncer de cualquier tipo.
- Cataratas.
- Circuncisión.
- Cirugía Refractiva, sujeta a un mínimo de cinco dioptrías por ojo por padecimiento.
- Colecistitis, litiasis en vías biliares, litiasis en vesícula biliar.
- Columna vertebral, cualquier padecimiento.
- Enfermedad diverticular, pólipos y divertículos de colon.
- Enfermedades acido-pépticas: gastritis, duodenitis, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, colitis, reflujo gastroesofágico.
- Eventraciones y hernias de cualquier tipo.
- Ginecológicos, cualquier padecimiento.
- HalluxValgus.
- Insuficiencia del piso perineal.
- Insuficiencia venosa periférica, varicocele y varices de miembros inferiores.
- Lipomas de cualquier región.
- Litiasis renal y en vías urinarias.
- Litiasis renoureteral.
- Nariz y senos paranasales por enfermedad.
- Osteoporosis.
- Padecimientos anorrectales.
- Prolapsos.
- Padecimientos Prostáticos.
- Rodilla, cualquier padecimiento.
- Tumoraciones mamarias (benigna y/o maligna).
- Tumoraciones de cualquier tipo (benigna y/o maligna).

9.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS.

9.3.1 VIH SIDA. Los gastos por Diagnóstico y Tratamientos para el VIH Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, quedarán cubiertas a partir del sexto año de vigencia continua e ininterrumpida, siempre y cuando las primeras manifestaciones, diagnóstico o gasto médico sean posteriores al término estipulado a partir de la Fecha de Alta para cada Asegurado.

No se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

9.3.2 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS. Los padecimientos preexistentes que sean declarados al momento de la solicitud de este Plan podrán quedar amparados, siempre y cuando no se hayan erogado gastos ni recibido algún tratamiento durante un periodo de cinco años continuos de vigencia en la póliza.

9.4 ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE. En caso de Accidente o Urgencias Médicas se eliminan los periodos de espera.

10. BENEFICIOS ADICIONALES.

Para efectos de este Contrato se señalan como Beneficios Adicionales a aquellos valores agregados que la Compañía brinda a sus Asegurados, sin costo alguno, tales como:

10.1 LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN A ASEGURADOS, denominada “INFOSALUD”.

Los servicios que el Módulo Telefónico proporciona son:

- a) Orientación Médica y Administrativa de Urgencia, las 24 horas los 365 días del año.
- b) Información Administrativa.
- c) Encuestas de Servicio a Clientes.
- d) Comentarios y Sugerencias.

10.2 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

Beneficio mediante el cual se puede requerir la opinión de otro profesional de la medicina, la cual puede ser solicitada por el Asegurado o por la Compañía, para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad o accidente cubierto.

10.3 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD GENERADA EN OTRAS PÓLIZAS DE SEGURO.

Este Beneficio reconoce la antigüedad a los Asegurados que hayan estado cubiertos por una Póliza de Gastos Médicos similar a la de la Compañía, por un periodo continuo e ininterrumpido mayor a un año, siempre y cuando éste no haya permanecido sin Cobertura más de treinta días naturales desde el último término de vigencia, todo esto con el fin único de reducir los Periodos de Espera especificados en los Apartados 9.2 Gastos cubiertos con Periodo de Espera de dos años.

10.4 REDUCCIÓN DE COASEGURO Y DEDUCIBLE.

El Asegurado tendrá derecho a los beneficios mencionados en los Apartados 13.1 Deducible y 13.2 Coaseguro.

11. COBERTURAS ADICIONALES.

Para efectos de este Contrato se señalan como Coberturas Adicionales aquellas que La Compañía ofrece a sus Asegurados, con costo adicional y que en el momento de ofrecerse y aceptarse deberán quedar especificadas en la carátula de la Póliza. A las Coberturas Adicionales son aplicables todos los términos, condiciones y exclusiones generales de la Cobertura Básica.

11.1 EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

La Compañía reembolsará las erogaciones realizadas por el Asegurado o sus dependientes, originadas por una Emergencia Médica en el Extranjero a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta.

A) COBERTURAS Y BENEFICIOS.

1. SUMA ASEGURADA MÁXIMA: La Suma Asegurada Máxima de esta Cobertura dependerá del Círculo Hospitalario contratado, siendo el equivalente en Moneda Nacional de 40,000 dólares para el Círculo Hospitalario B, 50,000 dólares para el Círculo Hospitalario A y 70,000 dólares para el Círculo Hospitalario Plus. El deducible para esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de 40 dólares para el Círculo Hospitalario B, 50 Dólares para el Círculo Hospitalario A y 70 dólares para el Círculo Hospitalario Plus. Dólares se refiere a Dólares americanos.

La Suma Asegurada Máxima que corresponde a esta Cobertura es independiente de la contratada en cualquier otra y será la que rija durante la Vigencia de la Póliza correspondiente.

Esta Cobertura será válida, siempre y cuando el Asegurado o sus Beneficiarios se encuentren viajando fuera de la República Mexicana y su estancia fuera de la misma no exceda los noventa días.

2. EMERGENCIA MÉDICA:

La Emergencia Médica así como los efectos de esta Cobertura terminan cuando se establezca y controle la condición patológica del paciente y esté en posibilidad de regresar a Territorio Nacional. Cualquier tratamiento posterior, será atendido en la República

Mexicana de acuerdo a las condiciones de su Plan.

La Compañía, pagará la reclamación al tipo de cambio vigente al día de la erogación de los gastos, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

EXCLUSIONES DE EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

No quedan cubiertos los gastos que se originen por accidente o enfermedad ocurridos en la República Mexicana o en país diferente a donde se atiende médicamente la emergencia, así como sus consecuencias o complicaciones, sean éstas o no el motivo de la estancia o del viaje.

No se pagarán los gastos efectuados en el extranjero por:

- **Servicio de enfermera fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Reclamación originada por Padecimientos Preexistentes.**
- **El parto y complicaciones de embarazo.**
- **Estudios e intervenciones quirúrgicas programadas dos días después de la Emergencia Médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**

11.2 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS NACIONAL.

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, La Compañía cubrirá los gastos médicos que requiera el Asegurado por la atención en hospitales que formen parte del Círculo Hospitalario siguiente al contratado en el Plan, es decir:

- Si el Círculo Hospitalario contratado es el B, este beneficio permitirá a los Asegurados atenderse adicionalmente en

hospitales correspondientes al Círculo Hospitalario A.

- Si el Círculo Hospitalario contratado es el A, este beneficio permitirá a los Asegurados atenderse adicionalmente en hospitales correspondientes al Círculo Hospitalario Plus.

Y siempre y cuando los gastos médicos se hayan originado como consecuencia de los siguientes padecimientos:

- Tratamiento de Cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia. Se incluye la cirugía reconstructiva solamente cuando sea a consecuencia de un cáncer cubierto en esta cobertura.
- Enfermedades neurológicas, vasculares cerebrales y cerebral. Quedarán cubiertos sólo los tratamientos médicos y quirúrgicos derivado de enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, tumores o malformaciones del aparato circulatorio localizado en el sistema nervioso central, así como Isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.
- Enfermedad Vascular Cerebral, cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales, las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.
- Cirugía Cardíaca, incluyendo la angioplastia.
- Trasplante de Órganos. Referentes exclusivamente a: Corazón, hígado, páncreas, riñón, médula ósea y pulmón.

El deducible y coaseguro será el contratado para la Cobertura Básica, con mínimo de 10 puntos porcentuales para Coaseguro y no aplica el Tope de Coaseguro.

11.3 CLÁUSULA FAMILIAR.

En caso de que el Asegurado Titular fallezca o se invalide total y permanentemente, como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta por el Plan y que haya ocurrido después de la contratación de esta Cobertura Adicional, “La Compañía” cubrirá las primas de un Plan similar por un lapso de dos años contados a partir de la fecha en que se originó cualquiera de los sucesos citados, renovando la Póliza por el mismo periodo de tiempo para sus Dependientes sobrevivientes. La cobertura por invalidez cesa a los 60 años, por lo que a partir del primer aniversario de la Póliza en el que el Asegurado haya cumplido dicha edad, esta cobertura otorgará protección únicamente por fallecimiento.

Para esta cobertura la edad de aceptación será a partir de los 20 años y hasta los 59 años cumplidos al momento de la contratación de la cobertura.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. Se considera invalidez total y permanente la pérdida total de las facultades o aptitudes de una persona, por lesiones corporales cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad amparado por el Plan, que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar cualquier trabajo u ocupación remunerativa. Se requiere que esta incapacidad haya sido continua durante un periodo de tres meses contado a partir de la fecha en que se determinó la invalidez total y permanente.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el periodo de espera:

- Pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos.
- Pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie.
- Pérdida de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de la mano, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Para poder determinar el estado de invalidez total y permanente se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió siempre y cuando sean accesibles para el Asegurado.

Bases para considerar que un dictamen tiene plena validez.

El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, sin perjuicio de que la Compañía pueda solicitar al Asegurado que se someta a exámenes o a las pruebas que considere necesarias para corroborar la procedencia del dictamen presentado. Además cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, podrá solicitar al Asegurado comprobar su estado de invalidez total. En caso de que el Asegurado se negara a someterse a alguna de las pruebas mencionadas en este párrafo, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta Cobertura.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, será evaluado por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente o de la Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos de este Contrato. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

11.4 COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

En caso de contratación de esta cobertura adicional, si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto, el Asegurado requiere de Hospitalización, “La Compañía” otorgará al Asegurado la renta diaria contratada especificada en la carátula de la Póliza, siempre y cuando: exista un diagnóstico médico definitivo, la estancia en el hospital sea como paciente interno y se encuentre bajo el cuidado y atención regular de un médico.

En caso de internamiento en el hospital en terapia intensiva, el monto de la renta diaria se duplica.

El período de cobertura de este beneficio por hospitalización es a partir del cuarto día continuo de internamiento y hasta 180 días naturales.

Este beneficio opera sin deducible ni coaseguro.

11.5 ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

Mediante la contratación de esta cobertura, en caso de accidente cubierto, no se aplicará el deducible a la indemnización a realizar al Asegurado excepto para los apartados 8.7.1, 8.7.2 y 8.7.3.

11.6 COBERTURA DE INCREMENTO EN EL TABULADOR

La contratación de esta cobertura, permite incrementar el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, conforme a lo establecido en la carátula de la Póliza.

Este incremento opera únicamente para los honorarios médicos y/o quirúrgicos que sean tramitados a través de Reembolso, siempre y cuando se originen a partir de la fecha de contratación de la presente cobertura adicional.

11.7 COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE PENALIZACIÓN POR CAMBIO DE ZONA

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, el Asegurado podrá utilizar los hospitales correspondientes a su plan contratado en todo el Territorio Nacional, sin aplicar el coaseguro adicional señalado en el apartado 13.4 Penalización por cambio de Zona, en lo concerniente al cambio de zona contratada.

11.8 ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE

Esta cobertura otorga beneficios de asistencia en caso de Accidente o repentina Enfermedad de los Asegurados de la Compañía, mediante servicios que brindará a través de una tercera empresa, en el entendido que General de Salud será la responsable por los servicios prestados.

Los servicios que a continuación se mencionan, serán válidos en todo el mundo, siempre y cuando el Asegurado o sus beneficiarios se encuentren viajando a ciento cincuenta kilómetros o más de su residencia legal o en otro país que no sea el de su residencia durante menos de noventa días. Todos los servicios deberán ser concertados por el Proveedor de Asistencia Internacional en Viaje (en adelante "EL PROVEEDOR") que la Compañía designe para tal fin, No se aceptarán reclamos por reembolsos.

BENEFICIOS DE ASISTENCIA

Consulta, Evaluación y Referencia Médica: Los Beneficiarios tendrán acceso a un Centro de Operaciones con personal médico multilingüe las veinticuatro horas todos los días del año. El personal médico estará disponible para consultas, evaluación y referencia a médicos entrenados bajo el esquema de preparación y educación impartido en los Estados Unidos de Norteamérica.

Garantía de Admisión a un Hospital: "EL PROVEEDOR" verificará la elegibilidad del Asegurado así como las coberturas contratadas o pagará fondos por adelantado al centro médico para facilitar el ingreso del Beneficiario a un centro médico extranjero, según sea necesario. El Beneficiario deberá reembolsar cualquier depósito para ingreso de emergencia al hospital que haya hecho "EL PROVEEDOR" dentro de los cuarenta y cinco días naturales siguientes al desembolso. Los Beneficiarios, a través de su plan médico o por otros medios, son responsables de pagar los costos

incurridos por tratamiento médico suministrado por el centro médico.

Evacuación Médica: Cuando no exista un centro médico apropiado cerca de la localidad donde se encuentra el Beneficiario, según lo determine el médico de “EL PROVEEDOR” y el médico que atiende el caso, “EL PROVEEDOR” concertará una evacuación bajo supervisión médica, por un medio de transporte apropiado, hasta el centro médico más cercano capaz de proporcionar la atención médica requerida.

Repatriación Médica: Cuando sea necesario por razones médicas según lo determine el médico de “EL PROVEEDOR” y el médico que atiende el caso, la repatriación bajo supervisión médica apropiada hasta la residencia legal del Beneficiario en el momento que el Beneficiario sea médicamente declarado como apto para viajar en transporte comercial, siempre que la repatriación pueda llevarse a cabo sin poner en peligro la condición del Beneficiario. Si el período de tiempo necesario para obtener dicha declaración excede los catorce días naturales contados a partir de ser dado de alta del hospital, se puede concertar un método de transporte apropiado, tal como una ambulancia aérea o terrestre. Se pueden proporcionar acompañantes médicos o no, según sea necesario. Siempre que el método de transporte de vuelta a la casa del Beneficiario no pueda usarse debido al incidente médico, “EL PROVEEDOR” repatriará al Asegurado o Beneficiario.

Vigilancia de Atención Crítica: Vigilancia de la condición del Beneficiario Elegible por parte de personal médico, quién: se mantendrá en comunicación frecuente con el médico que atiende el caso o el hospital y transmitirá la información necesaria y legalmente permisible a los miembros de su familia.

Transporte para Reunirse con el Beneficiario Elegible: Proveer a un miembro designado de la familia o amigo personal un boleto de clase económica, de ida y vuelta, en un transporte común hasta el aeropuerto o terminal terrestre principal más cercano al lugar de la hospitalización, siempre que el Beneficiario esté viajando solo y se proyecte que esté hospitalizado durante más de siete días naturales consecutivos. Es la responsabilidad del familiar o amigo de cumplir con los requisitos de pasaporte, visa y documentos necesarios.

Transferencia o Reemplazo de Recetas para Medicamentos: “EL PROVEEDOR” asistirá en la transferencia o reemplazo de medicinas bajo receta, cuando sea posible y permisible bajo la ley,

y tras recibir la autorización del médico que atiende el caso del Beneficiario. El Beneficiario es responsable de pagar el costo de la medicina.

Cuidado y Transporte de Menores de Edad: Cuando un menor de edad quede desatendido como resultado de la situación médica del Beneficiario, “EL PROVEEDOR” proporcionará transporte para el menor de edad hasta su lugar de residencia o a la residencia de la persona designada por el Beneficiario y que viva en el mismo país que el Beneficiario y el menor de edad. Si es necesario, un acompañante viajará con el menor de edad.

Transmisión de Mensaje de Emergencia: “EL PROVEEDOR” recibirá y transmitirá mensajes de emergencia del/al domicilio del Asegurado.

Traslado de Restos Mortales: En el caso de fallecimiento del Beneficiario, “EL PROVEEDOR” efectuará los arreglos y pagará el costo del traslado de los restos mortales. “EL PROVEEDOR” brindará toda la ayuda necesaria para el transporte, inclusive localizar a una funeraria licenciada, morgue o centro de disposición directa para la preparación del cadáver para su transporte, tramitación de toda la documentación, tramitación de todos los requisitos legales, tramitación de servicios consulares (para fallecimientos en el extranjero), tramitación del certificado de defunción, compra del mínimo ataúd o contenedor necesario para transporte aéreo y pago de los costos de transporte de los restos, inclusive el transporte desde el lugar del fallecimiento y entrega a la funeraria que lo reciba.

Orientación Psicopedagógica de Emergencia: “EL PROVEEDOR” proporcionará de inmediato orientación psicopedagógica de emergencia por teléfono, con referencia a consejeros calificados para tratamiento posterior, ya sea en el lugar del incidente o después de su regreso a casa.

Referencia a Intérpretes y Consejeros Legales: “EL PROVEEDOR” le proporcionará al Beneficiario referencias de intérpretes, consejeros o personal legal, según se solicite.

Coordinación de Fianza: “EL PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de fianza, siempre que sea permisible legalmente, siempre que el Beneficiario sea la fuente de los fondos. La coordinación de los fondos correspondientes puede incluir interacción con el Beneficiario, el familiar (si el Beneficiario lo

requiere) y las autoridades locales.

Coordinación de Efectivo por Emergencia: “EL PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de un envío de efectivo por emergencia. El origen de los fondos enviados será a cargo del Asegurado, beneficiarios o familiares.

Servicios de Asistencia en General y Antes del Viaje: “EL PROVEEDOR” proporcionará otros servicios de asistencia, según se soliciten, tal como ayuda con documentos perdidos, reemplazo de boletos y equipaje perdido. “EL PROVEEDOR” también proporcionará, información relacionada con el viaje, tal como direcciones y números de teléfono de embajadas y consulados, cambio de moneda, inoculaciones y requisitos de visas, al igual que códigos de teléfono para acceso desde países extranjeros y otra información pertinente.

Materiales de Comunicación e Identificación: “EL PROVEEDOR” proporcionará Tarjetas de Identificación para los Beneficiarios con los números de teléfono necesarios para comunicarse con el Centro de Operaciones.

La Empresa y el Asegurado o Beneficiario por la presente reconocen que la obligación de “EL PROVEEDOR”, de suministrar o contratar para el suministro de los servicios mencionados, está sujeta a las siguientes condiciones y exclusiones:

Exclusiones:

“EL PROVEEDOR” no proveerá servicios en los siguientes casos:

- 1. Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.**
- 2. Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**
- 3. Si se comete un acto ilegal, cuando el Asegurado sea el provocador.**
- 4. Intento de suicidio.**
- 5. Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que éstas sean recetadas por un médico.**

6. Transferencia del Beneficiario de un centro médico a otro con habilidades similares y que proporcione el mismo tipo de asistencia médica.

“EL PROVEEDOR” no evacuará ni repatriará a un Asegurado o Beneficiario:

- 1. Sin autorización médica.**
- 2. Con lesiones leves, tal como esguinces, fracturas simples, o enfermedades leves que pueden ser tratadas por médicos locales y que no impiden que el Beneficiario continúe su viaje o regrese a su casa.**
- 3. Con un embarazo de más de seis meses.**
- 4. Con trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado.**
- 5. En viajes cuya duración sea mayor a noventa días, no estarán cubiertos aquellos servicios solicitados después de los primeros noventa días de iniciado el viaje.**
- 6. Estudiantes en la dirección de su casa o de la escuela (ya que no se consideran estar viajando).**

Aunque los servicios de asistencia están disponibles en todo el mundo, el tiempo de respuesta de transporte está relacionado directamente con la ubicación o jurisdicción en que ocurra el evento. “EL PROVEEDOR” no es responsable en caso de no poder proporcionar servicios o de demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplo, pero sin limitarse a, condiciones del tiempo, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

Todos los médicos de consulta y abogados son contratistas independientes y no están bajo el control de “EL PROVEEDOR”. “EL PROVEEDOR” no es responsable por ninguna negligencia profesional que puedan cometer los profesionales que prestan servicios al Beneficiario.

“EL PROVEEDOR” no está Asegurado con la Aseguradora y la

Aseguradora no será responsable por ningún acto u omisión por parte de “EL PROVEEDOR” en relación, o que pueda surgir, debido a la prestación de los servicios descritos.

12. EXCLUSIONES GENERALES.

El Plan no cubre los gastos que se originen por:

- 1. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, actos terroristas, insurrección, revolución, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- 2. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos ó bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.**
- 3. Servicios Médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.**
- 4. Padecimientos o lesiones por Accidente o Enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.**
- 5. Tratamiento médico o quirúrgico cuando se originen a consecuencia del uso de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción.**
- 6. Los Accidentes o Enfermedades que sufra el Asegurado, como consecuencia o estando bajo los efectos o influjos de cualquier sustancia estimulante o depresora del sistema nervioso central sin importar el grado o concentración de las mismas y que en forma enunciativa corresponden a alcohol y drogas.**
- 7. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 8. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza, salvo lo estipulado en el Apartado 9.3.2 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS.**

9. Gastos erogados por concepto de Recién Nacido Sano.
10. Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones o enfermedades congénitas, a excepción de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre que se cumpla con el Periodo de Espera establecido y que el parto haya estado cubierto por el Plan, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.
11. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad, o desempeño sexual.
12. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de Vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.
13. Anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares (excepto para el tratamiento de corrección de cataratas) y aparatos auditivos o implantes auditivos.
14. La adquisición de prótesis no funcionales.
15. Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualquiera que sea su causa u origen, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa y terapia del lenguaje, y en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico, salvo lo estipulado en el Apartado 8.7.7 Tratamiento Psiquiátrico.
16. Tratamientos relacionados con talla baja, estimulación temprana, alteraciones del crecimiento y desarrollo y gigantomastía.
17. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y trasplantes corneales), salvo lo estipulado en el Apartado 9.2

- Gastos cubiertos con Periodo de Espera de dos años.**
- 18. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso o para corregir trastornos de alimentación, que incluyan pero no se limitan a: anorexia, bulimia y obesidad; cualquiera que sean sus causas, salvo lo estipulado en el Apartado 8.7.15 Control de Peso.**
 - 19. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie.**
 - 20. Tratamientos quirúrgicos para mejorar la apariencia del Asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.**
 - 21. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad, impotencia, disfunción sexual.**
 - 22. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.**
 - 23. Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa.**
 - 24. Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción, tales como tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, entre otras.**
 - 25. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
 - 26. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
 - 27. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de**

- pasajeros.
28. **Adquisición de complejos vitamínicos y complementos alimenticios.**
 29. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales, excepto aquellos servicios cubiertos por el Plan, dichos servicios sólo serán cubiertos siempre y cuando sean indispensables a consecuencia de un Accidente, el cual deberá ser respaldado y documentado por el odontólogo tratante y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido.**
 30. **Cualquier enfermedad cuyo primer gasto se presente dentro de los primeros treinta días de vigencia del Plan, salvo los casos de urgencias médicas de enfermedades no preexistentes, así como accidentes. Esta exclusión no aplica para renovaciones o Pólizas que cuenten con endoso de antigüedad.**
 31. **Enfermedades o accidentes cuyo primer gasto ocurra durante cualquier Periodo al Descubierto.**
 32. **Medicina y tratamiento en cámara hiperbárica.**
 33. **Tratamientos para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos como Check Ups, exámenes médicos generales, tratamientos profilácticos y preventivos, así como curas de reposo o descanso.**
 34. **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.**
 35. **Tratamientos dermatológicos, cosmetológicos aún con prescripción médica.**
 36. **Bridas o adherencias a consecuencia de Cirugías no realizadas dentro de la vigencia de la Póliza.**
 37. **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.

38. **Cuidado podiátrico incluyendo cualquier tratamiento o cuidado médico relacionado con degeneraciones articulares de las falanges de los pies, excepto el tratamiento para corregir Hallux Valgus conforme a lo establecido en el apartado 9.2 Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de dos años.**
39. **Alzheimer.**
40. **Lesiones derivadas de accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares.**
41. **Lesiones o afecciones a consecuencia de envenenamientos o inhalación de gas.**

13. INDEMNIZACIONES.

13.1 DEDUCIBLE. El deducible aplicará en todos los casos, por Evento cubierto, de acuerdo a las condiciones de la presente Póliza. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de la compañía, de acuerdo a las siguientes condiciones:

13.1.1 DEDUCIBLE POR ACCIDENTE:

- a) En reclamaciones consideradas como Accidente cubierto se podrá eliminar el deducible en caso de haber contratado la cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente, y el deducible contratado sea menor o igual a 25 SMGM, excepto para los apartados 8.7.1, 8.7.2 y 8.7.3.
- b) En caso de no haber contratado la cobertura de eliminación de deducible por accidente, el deducible contratado sea menor o igual a 25 SMGM y la reclamación se realice a través del Sistema de Pago Directo, tanto para Médicos como para Hospitales en convenio, el deducible a aplicar será el resultado de descontar 1.5 SMGM al deducible contratado.
- c) Si el deducible contratado es mayor a 25 SMGM en cualquier caso se aplicará deducible. En este caso computarán para el Deducible contratado todos los gastos procedentes en otras compañías aseguradoras relacionados con el accidente y/o enfermedad cubierto, siempre y cuando se presente la carta de siniestralidad y finiquitos de la compañía aseguradora que indemnizó los gastos.

13.1.2 DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD:

- a) Si el deducible contratado es menor a 25 SMGM y la reclamación se realiza a través del Sistema de Pago Directo, tanto para Médicos como para Hospitales en convenio, el deducible a aplicar será el resultado de descontar 1.5 SMGM al deducible contratado.
- b) Si el deducible contratado es mayor a 25 SMGM en cualquier caso se aplicará deducible. En este caso podrán computar para el Deducible contratado todos los gastos procedentes en otras compañías aseguradoras relacionados con el accidente y/o enfermedad cubierto, siempre y cuando se presente la carta de siniestralidad y finiquitos de la compañía aseguradora que indemnizó los gastos.

13.2 COASEGURO. Aplicará para todos los gastos cubiertos por la Póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible.

13.2.1 COASEGURO POR ACCIDENTE:

En caso de Accidente Cubierto, se elimina la aplicación del coaseguro, excepto para los apartados 8.7.1, 8.7.2 y 8.7.3. Si el primer tratamiento médico o quirúrgico se recibe después de 30 días naturales siguientes a la fecha del Accidente, se aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza correspondiente.

13.2.2 COASEGURO POR ENFERMEDAD:

- a) Si la reclamación se realiza a través del Sistema de Pago Directo, tanto para Médicos como para Hospitales en convenio dentro del Círculo Hospitalario contratado, se descontarán 10 puntos porcentuales al Coaseguro contratado.
- b) En otro caso, se aplicará el Coaseguro Contratado.

13.3 DESCUENTO O PENALIZACIÓN POR CAMBIO DE CÍRCULO HOSPITALARIO. El Asegurado tiene derecho a atenderse en un Hospital de un Círculo Hospitalario diferente al contratado, por lo cual deberá verificar si dicho cambio implica un descuento o penalización en el Coaseguro contratado:

13.3.1. DESCUENTO POR CAMBIO DE CÍRCULO HOSPITALARIO. El Asegurado gozará de un descuento de diez puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado, aplicado a los gastos de hospitalización por cada nivel de Círculo Hospitalario que descienda, es decir en caso de que:

- Tenga contratado un Círculo Hospitalario Plus y decide atenderse en el Círculo Hospitalario A (un nivel) o en el Círculo Hospitalario B (dos niveles), o
- Tenga contratado un Círculo Hospitalario A y decide atenderse en el Círculo Hospitalario B (un nivel)

13.3.2 PENALIZACIÓN POR CAMBIO DE CÍRCULO HOSPITALARIO. El Asegurado participará invariablemente con veinte puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado aplicado a los gastos de hospitalización, por cada nivel de Círculo Hospitalario que ascienda, es decir si:

- a) Tiene contratado un Círculo Hospitalario B y decide atenderse en un hospital del Círculo hospitalario A (un nivel) o del Círculo Hospitalario Plus (dos niveles), o
- b) Tiene contratado un Círculo Hospitalario A y decide atenderse en un hospital del Círculo hospitalario Plus (un nivel).

En este caso quedará sin efecto el tope de Coaseguro.

13.4 PENALIZACIÓN POR CAMBIO DE ZONA. El Asegurado tiene derecho a atenderse en un Hospital de una Zona de Atención diferente a la Zona Contratada. El Asegurado deberá verificar si dicho cambio implica una penalización en el Coaseguro contratado por cambio de zona. Para estos efectos deberá consultar la Tabla de Penalización por Cambio de Zona anexa a la Póliza, la cual forma parte de este Contrato. Este incremento de Coaseguro es independiente al mencionado en la Penalización por Círculo Hospitalario y en caso de proceder los dos, se aplicarán ambos incrementos. En este caso quedará sin efecto el tope de Coaseguro.

13.5 TOPE DE COASEGURO. La cantidad a cargo del Asegurado por concepto de Coaseguro, no podrá exceder de la mencionada en la carátula de la Póliza como Tope de Coaseguro. Salvo los casos en los que expresamente se señale que no es aplicable el tope de coaseguro.

13.6 SECUENCIA DE LA INDEMNIZACIÓN. Para el cálculo de la Indemnización de los gastos procedentes:

- Lo primero que se aplica es el Deducible, conforme a lo establecido en el Apartado 13.1 Deducible.
- El coaseguro se aplica una vez descontado el Deducible, conforme a lo establecido en el Apartado 13.2.
- El monto máximo amparado será igual al monto de la Suma Asegurada, una vez descontado el Deducible y Coaseguro, conforme

a lo establecido en el Apartado 7. Suma Asegurada.

13.7 SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED. Beneficio mediante el cual la Compañía pagará directamente a los Proveedores, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados, cubiertos por este Plan. Para efecto de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio. Los Proveedores Participantes se darán a conocer al Asegurado a través de la página de internet de General de Salud o bien vía telefónica a través de Infosalud.

El Asegurado deberá pagar al prestador del servicio, el Coaseguro correspondiente de acuerdo al Plan contratado.

MÉDICOS.- La Compañía cubrirá al profesional los honorarios establecidos previamente; el Asegurado será responsable de cubrir al proveedor el Coaseguro correspondiente de acuerdo al Plan contratado.

HOSPITALES.- La Compañía liquidará directamente al Hospital los gastos que sean cubiertos por el Plan descontando previamente el Deducible y calculando el Coaseguro contratado sobre el remanente del gasto conforme lo especificado en la Carátula de la Póliza, observando que para que un Asegurado del Plan ingrese al hospital, deberá presentar una Referencia o Autorización Previa del Plan, excepto en casos de urgencia, en cuyo caso el Asegurado deberá solicitar al Hospital que comunique a las oficinas de la Compañía que ha ingresado al mismo. Por su parte, la Compañía hará las verificaciones necesarias, o de ser procedente otorgará la autorización correspondiente. En el caso de que el Asegurado haya incurrido en gastos no cubiertos por el Plan, será responsabilidad de éste liquidarlos.

El Pago Directo no aplica en caso de atenderse en un Círculo Hospitalario mayor al contratado, en este caso la reclamación se deberá efectuar vía Reembolso.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.- La Compañía pagará directamente los servicios utilizados por el Asegurado en laboratorios y otros centros de diagnóstico a los que haya sido referido por Médicos de la Red de Proveedores del Plan, debiendo presentar la orden de servicio y credencial; el Asegurado, por su parte sólo cubrirá al proveedor el Coaseguro que corresponda de acuerdo al Plan contratado.

Los gastos incurridos con Proveedores no participantes en el Plan, se pagarán exclusivamente a través del Sistema de Pago por Reembolso, considerando los requisitos y condiciones especificados en el apartado respectivo.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del Asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

13.8 SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO. Este sistema de pagos es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Plan se han efectuado con un proveedor no participante y por lo tanto liquidados por el Asegurado directamente a dicho proveedor de servicios.

Es obligación del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de Indemnización.

Se entenderá por Error de diagnóstico cuando el Asegurado haya asistido previamente con un Proveedor participante y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido atención de los Servicios médicos de que se trate, en una Institución fuera de la Red de Proveedores, por la misma urgencia médica.

Las Indemnizaciones que resulten conforme a este Sistema serán liquidadas, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción del Deducible y los Coaseguros correspondientes de acuerdo a la tabla de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos vigentes de la Compañía en la plaza, en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información completa que le permita conocer los fundamentos de dicha Reclamación.

Los gastos erogados por reclamaciones procedentes ocurridas durante la vigencia de la Póliza, se reembolsarán hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratada.

La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos, Enfermeras o Enfermeros titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Clínicas, Sanatorios u Hospitales debidamente autorizados.

Todas las indemnizaciones cubiertas por el Plan serán liquidadas a cada Asegurado o a quien éste haya autorizado para tales efectos mediante la presentación de carta poder, en las oficinas de la Compañía.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del Asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE RECLAMACIONES AL UTILIZAR PROVEEDORES NO PARTICIPANTES.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del Asegurado, la realización del Evento que origina la reclamación.

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación, debidamente llenada, en las oficinas de la Compañía y que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

- a) Aviso de Accidente o Enfermedad, llenado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular.
- b) Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa, éstos deben ser contestados con claridad por cada uno de los Médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención médica, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
- c) Original de todos los Estudios y Comprobantes de Pago respectivos, a nombre del Asegurado que recibió la atención médica o a nombre del Asegurado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y factura de farmacia acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, ambulancia, gastos realizados fuera del hospital, etc.).
- d) Acta del Ministerio Público, en caso de Accidente o complicación legal.

Los recibos por honorarios profesionales de Médicos, Ayudantes, Anestelistas y Enfermeras, deberán ser expedidos con los requisitos fiscales, debiendo portar la firma del prestador directo del servicio al que se refieran. No se podrán aceptar recibos con firmas de otras personas, ni copias fotostáticas, facsímiles o documentos no

originales. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía una vez pagada la indemnización correspondiente.

En caso de presentar dos reclamaciones simultáneas, se deberán requisitar un Informe Médico y Aviso de Accidente o Enfermedad por cada Paciente o Padecimiento, separando sus respectivos gastos.

En caso de Reclamaciones complementarias a la inicial, se deberán entregar nuevamente los Informes del Médico y el Aviso del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho de elegir Médicos distintos a los de la Red de Proveedores contratados por la Compañía, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos respectivo de la Compañía y el costo del servicio que le preste el Médico.

En aquellos casos en los que el Asegurado reciba la atención fuera del lugar declarado como de residencia, el pago de los siniestros correspondientes se ajustará al valor de la Tabla de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos de la plaza en que fue declarada dicha residencia.

13.9 INTERÉS MORATORIO. En caso de que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Afiliado, o tercero dañado, una indemnización por mora de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

13.10 MONEDA. Todos los pagos relativos a este Contrato ya sea por parte del Contratante, el Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria Vigente en la fecha en que se efectúe el mismo.

En la Cobertura de Emergencia en el Extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados al tipo de cambio vigente al día de erogación de los mismos, de acuerdo a los registros del Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

13.11 SUBROGACIÓN DE DERECHOS (Transcripción del Artículo

163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).“

“El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.”

La Compañía podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros en razón del siniestro.

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

13.12 CLÁUSULA DE DERECHOS HUMANOS. La Póliza de seguro y las disposiciones que componen e integran el clausulado, respetan los derechos humanos y fundamentales del Asegurado como usuario de un servicio financiero, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana y buscan establecer una relación contractual equitativa, igualitaria y no discriminatoria, entre las partes.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de noviembre del 2014, con el número CNSF-H0707-0073-2014/CONDUSEF-000697-01, a partir del día 1 de abril del 2015, con número RESP-H0707-0023-2015 y a partir del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-H0707- 0006-2016.