

Colectivo
Recupera
Seguros Médicos

**Condiciones
Generales**



Índice

Artículo 1º) Disposiciones Fundamentales	3
Artículo 2º) Cláusulas Particulares	3
1. Datos de Inscripción Recas	3
2. Medios de Identificación	3
3. Información para Operaciones	4
4. Preceptos Legales	4
5. No Discriminación	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)	5
Artículo 3º) Vigencia	5
Artículo 4º) Personas Asegurables	6
Artículo 5º) Opción de Continuidad en el Seguro	6
Artículo 6º) Renovación Garantizada	7
Artículo 7º) Definiciones	9
Artículo 8º) Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura de cada Integrante de la Colectividad	11
Artículo 9º) Requisitos de Asegurabilidad	12
Artículo 10º) Altas de Afiliados	14
Artículo 11º) Bajas de Afiliados	14
Artículo 12º) Riesgo Cubierto	15
Artículo 13º) Alcance Territorial de la Cobertura	15
Artículo 14º) Periodo de Espera	15
Artículo 15º) Cantidad Mínima de Asegurados	16
Artículo 16º) Cálculo de las Primas	16
Artículo 17º) Periodo de Gracia para el Pago de Primas	17
Artículo 18º) Lugar de Pago	17
Artículo 19º) Rehabilitación	17
Artículo 20º) Causas de Rescisión	17
Artículo 21º) Subrogación de Derechos	19
Artículo 22º) Segunda Opinión Médica	19
Artículo 23º) Competencia	19
Artículo 24º) Facultad del Contratante para Solicitar Información Respecto a la Comisión o Compensación Directa	20
Artículo 25º) Exclusiones Generales	21
Artículo 26º) Información que debe Proporcionarse a la Aseguradora	25
Artículo 27º) Comprobación de la Edad de los Asegurados	25
Artículo 28º) Pluralidad de Seguros	26
Artículo 29º) Duplicado y Copias de Póliza y de Certificados	26
Artículo 30º) Preautorización de Indemnización	26
Artículo 31º) Impuestos, Tasas y Contribuciones	27
Artículo 32º) Moneda de Pago	27
Artículo 33º) Prescripción	27
Artículo 34º) Modificaciones	28
Artículo 35º) Notificaciones	28
Artículo 36º) Independencia Laboral	29

Artículo 37°) Establecimiento de Atención Médica:	29
Artículo 38°) Plazo de Revisión del Siniestro	30
Artículo 39°) Pago de Indemnizaciones	30
Artículo 40°) Red de Proveedores	32
Artículo 41°) Preexistencia	32
Artículo 42°) Arbitraje	33
Artículo 43°) Agravación de Riesgo	33
Artículo 44°) Cambio de Contratante	34
Artículo 45°) Derecho de Conversión	34
Artículo 46°) Dividendos	34
Artículo 47°) Interés Moratorio	34
Cobertura Básica de Trasplantes de Órganos	35
1°) Riesgo Cubierto	35
2°) Beneficio	36
3°) Caracter del Beneficio	36
4°) Investigaciones y Revisión de los Asegurados	37
5°) Elección del Establecimiento de Atención Médica	37
6°) Denuncias y Declaraciones	38
7°) Exclusiones	38
8°) Alcance Territorial de la Cobertura	40
Cobertura Básica de Intervenciones Quirúrgicas	41
1°) Riesgo Cubierto	41
2°) Beneficio	42
3°) Caracter del Beneficio	43
4°) Elección del Establecimiento de Atención Médica	43
5°) Modificaciones o Actualizaciones de la Cobertura	43
6°) Solicitud de Beneficios	44
7°) Exclusiones	44
Cobertura Básica de Intervenciones Quirúrgicas	46
Listado de Beneficios Anexo "PE30"	46
Listado de Beneficios Anexo "PE60"	48
Listado de Beneficios Anexo "PE300"	52
Cobertura Básica de Prótesis	54
1°) Riesgo Cubierto	54
2°) Beneficio	54
3°) Carácter del Beneficio	55
4°) Elección del Establecimiento de Atención Médica	55
5°) Solicitud de Beneficios	55
6°) Exclusiones	56
7°) Beneficios a Prestar	59
Cobertura Básica de Asistencia en Viaje	62
I. Beneficios de Asistencia	62
Exclusiones	66

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1º) DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales, en caso de corresponder, han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante y por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda omisión o falsa declaración conocida por el Contratante o por los Asegurados, que hubiere impedido la celebración del contrato, la correcta apreciación del riesgo o la aceptación de las coberturas individuales, o hubiese modificado las condiciones de los mismos, si la Aseguradora hubiese conocido el verdadero estado del riesgo, facultará a la compañía para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro y/o los certificados de los Asegurados, según el caso. (Art. 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Artículo 2º) CLAÚSULAS PARTICULARES

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-H0707-0007-2016.

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.

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. PRECEPTOS LEGALES

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

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.

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 55.270.8000 y del interior de la República marque 800.2254.339 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, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55.5340.0999 y 800.999.8080 webmaster@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

Artículo 3º) VIGENCIA

- a) Esta póliza entra en vigor desde las cero (00.00) horas del día fijado como inicio de su vigencia.
- b) La vigencia de esta póliza es por un año

contado a partir de la fecha indicada en la carátula de póliza como inicio de vigencia y culmina al aniversario de la misma.

c) La edad máxima de renovación será hasta los 69 años cumplidos.

Artículo 4º) PERSONAS ASEGURABLES

a) A la fecha de emisión de esta póliza, se consideran personas asegurables a todas aquellas personas integrantes de la colectividad regida por el Contratante y su respectivo grupo familiar siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza y posean una edad igual o menor a los 64 años.

b) Los nuevos miembros de familia, por matrimonio o nacimiento, serán retroactivamente incorporados al seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso y desde la fecha de nacimiento, en el segundo, siempre y cuando la Aseguradora sea informada por escrito por el contratante, dentro de los treinta días posteriores al matrimonio o nacimiento. Las incorporaciones por matrimonio quedarán sujetas al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad fijados para la presente póliza.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, la Aseguradora analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez que se cumplan los requisitos de asegurabilidad requeridos.

Artículo 5º) OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge e hijos, podrán continuar

con la/s cobertura/s en las mismas condiciones pactadas a su inicio.

En todos los casos, estas opciones tendrán validez únicamente si la prima correspondiente es pagada dentro de los treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la nueva póliza.

Artículo 6º) RENOVACIÓN GARANTIZADA

Esta Póliza podrá ser renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del Contratante, dentro de los últimos 30 días de vigencia de la póliza existente. 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 General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. calculará las primas de acuerdo a los planes 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 requisito 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 cláusula de renovación a que se refiere el párrafo anterior, si la Aseguradora comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 20 "CAUSAS DE RESCISIÓN" de estas condiciones generales.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. podrá renovar los contratos en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de

Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato.

Artículo 7º) DEFINICIONES

Se entiende por:

a) 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.

b) ASEGURADO:

Persona física expuesta al riesgo.

c) ASEGURADO TITULAR:

Al Contratante cuando se trate de persona física en carácter de titular de su grupo familiar o en forma individual o a quien el Contratante designe en caso de no estar cubierto por la póliza.

d) ASEGURADO FAMILIAR:

A los integrantes del grupo familiar primario del Asegurado Titular que se enumeran a continuación:

d.1.- Cónyuge del Asegurado Titular que conviva con el mismo. El cónyuge podrá incorporarse al seguro hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Generales del contrato o en su caso con lo establecido en las Condiciones Particulares de cada una de las coberturas básicas contratadas. Se asimila a la condición de cónyuge al de concubina y/o el concubinario del

Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio o hubiere procreado hijos con el mismo.

d.2.- Hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado titular, y a los hijos adoptivos del Asegurado Titular.

e) **CONTRATANTE:**

A la persona física o moral, cuya solicitud de seguro ha aceptado la Aseguradora con base en los datos e informes proporcionados por ella, quien por lo tanto, suscribe el contrato de seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al asegurado.

f) **ENFERMEDAD CUBIERTA:**

Es aquella enfermedad cuyo origen se determina dentro del período de vigencia de esta póliza.

g) **SUMA ASEGURADA:**

Es la contraprestación a cargo de la Aseguradora, según las condiciones generales y particulares del contrato y lo especificado en las coberturas contratadas, en caso de producirse el siniestro.

h) **PERIODO DE ESPERA:**

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua para cada Asegurado de la Póliza, para que se puedan cubrir ciertos padecimientos indicados en Coberturas y beneficios.

En caso de accidente o urgencias médicas se eliminan los periodos de espera.

i) **PÓLIZAS CONTRIBUTIVAS:**

Aquellas pólizas colectivas donde los

integrantes de la colectividad asegurada (cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro) soportan total o parcialmente el costo del seguro.

j) PRIMA NO DEVENGADA:

La porción de la prima que representa la cobertura de la póliza que faltare por transcurrir hasta el término de la vigencia del contrato.

Artículo 8º) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA DE CADA INTEGRANTE DE LA COLECTIVIDAD

La cobertura de las personas cuya incorporación a esta póliza se hubiere solicitado con anterioridad a la cero (00:00) horas del día acordado para el comienzo de su vigencia y su respectiva propuesta también hubiera sido expresamente aceptada por la Aseguradora con anterioridad a dicho momento, comenzará a regir desde dicha hora y fecha de vigencia establecida en la carátula de la póliza.

Los miembros que ingresen a la colectividad asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad asegurada.

La empresa aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros de la

colectividad asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad asegurado. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la institución aseguradora.

Artículo 9º) REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

A) DE LA COLECTIVIDAD:

El programa está enfocado a cubrir a cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato del seguro.

Deben participar como mínimo 20 afiliados titulares.

B) DEL ASEGURADO TITULAR:

Para darse de alta como Asegurado Titular, el interesado deberá:

- 1.- No ser mayor de 64 años de edad, al momento de darse de alta.
- 2.- Cumplir con la característica de elegibilidad del Colectividad Asegurable.

C) DE LOS ASEGURADOS FAMILIARES:

Para darse de alta como ASEGURADO FAMILIAR, el interesado deberá reunir los siguientes requisitos:

1. Ser cónyuge del Asegurado Titular.
2. Ser hijo o estar bajo tutela legal del Asegurado Titular, siempre y cuando:
 - a) Sea soltero y dependa legal y económicamente del Asegurado Titular y;
 - b) Sea estudiante de tiempo completo y asista a una Escuela, Colegio o Universidad acreditados, sin haber alcanzado los 25 años de edad, o

- c) Sea menor de 18 años en el caso que no asista a una institución educativa acreditada.
- 3. Ser padre o madre del Asegurado Titular, y
 - a) Dependan económicamente del Asegurado Titular y;
 - b) No sean mayores de 64 años de edad.

La cobertura de todos los Asegurados dentro de una familia cesará, cuando se pierda la elegibilidad del Asegurado Titular.

La cobertura de un Asegurado Familiar cesará cuando deje de cumplir los requisitos de elegibilidad para ser Asegurado Familiar.

D) REGISTRO DE ASEGURADOS:

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. elaborará un Registro de Asegurados para el período de Cobertura en curso, el cual contendrá al menos, la siguiente información:

- a) Número de la Póliza y del Certificado Individual.
- b) Nombre y edad de los Asegurados.
- c) Fecha de inicio y terminación de la Cobertura de cada uno de los Asegurados de la Colectividad.
- d) Beneficio Máximo que le corresponde a cada Asegurado.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. expedirá un Certificado y un Manual del Asegurado, para cada uno de los Asegurados Titulares de la Colectividad, documentos que serán entregados al Contratante, quien a su vez los entregará a cada Asegurado Titular.

Artículo 10°) ALTAS DE AFILIADOS

Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a la personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con la mismas condiciones en que contratada la póliza.

Artículo 11°) BAJAS DE AFILIADOS

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual

expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 12°) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora se compromete al pago de los beneficios estipulados en las coberturas que hubieren sido contratadas específicamente mediante la presente póliza, en caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en el contrato, el otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las coberturas que amparen el evento previsto, y hayan sido expresamente contratadas según las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Artículo 13°) ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El alcance territorial de las coberturas será tanto en Territorio Nacional como en el Extranjero siempre que se cumpla con los requisitos que establece el Artículo 39 "PAGO DE INDEMNIZACIONES" de las presentes Condiciones.

La cobertura básica de Trasplantes de órganos tendrá cobertura únicamente en el Territorio Nacional.

Artículo 14°) PERIODO DE ESPERA

Cada uno de los beneficios previstos en las Coberturas tiene su Periodo de Espera, basado en las características propias de las mismas. Dichos periodos se consignan en las Condiciones Particulares de cada cobertura.

Artículo 15°) CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS

a) Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, que la cantidad de Asegurados permanezca sobre el mínimo exigido, el cual deberá ser de 20 personas.

b) Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, la Aseguradora se reserva el derecho de modificar la tarifa de primas aplicada en la respectiva cobertura. En tal caso, la Aseguradora notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días naturales. Dentro de los quince (15) días naturales, posteriores a la recepción de dicha notificación, el Asegurado o el Contratante deberá comunicar por escrito a la Aseguradora su eventual inconformidad, terminando en tal caso la vigencia de la póliza, la que se considerará rescindida por falta de acuerdo entre las partes. En este caso, se reembolsará la prima no devengada al momento de la rescisión. La modificación se considerará aprobada si dentro de los quince (15) días naturales posteriores a la notificación del Asegurado o Contratante, no manifiesta inconformidad alguna.

Artículo 16°) CÁLCULO DE LAS PRIMAS

El importe a pagar por el Contratante resultará de sumar las primas individuales que correspondan a las Coberturas básicas que se hayan contratado más los gastos de expedición, impuestos y tasas aplicables.

Las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Aseguradora con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de información que a tales efectos se requerirá al Contratante.

Artículo 17º) PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ellas, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a 3 días ni mayor a 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo. La prima vence a partir del inicio de vigencia de la póliza.

Artículo 18º) LUGAR DE PAGO

Los pagos deberán realizarse en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. contra la entrega del recibo correspondiente. Las direcciones de dichas oficinas se incluyen en la información entregada al asegurado, la cual forma parte integral de la póliza.

Artículo 19º) REHABILITACIÓN

En caso de que los beneficios de esta póliza hubieren cesado por falta de pago de las primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, requisitando el formato correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. la aprobación de la misma, en cuyo caso su vigencia iniciará a partir del momento en que se determine rehabilitada dicha póliza, sin que se altere la fecha de término de vigencia establecida al momento de la contratación.

Artículo 20º) CAUSAS DE RESCISIÓN

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, 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 presente contrato, cuando se verifiquen o tenga conocimiento de las siguientes causas, aunque no influyan en la realización de algún gasto por las coberturas amparadas:

a) Por cualquier omisión o inexacta declaración del Contratante o Asegurados en relación a los hechos que refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del riesgo.

b) En caso de que el Contratante o Asegurados, con el fin de hacer incurrir en el error a **General de Salud**, Compañía de Seguros, S.A. 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.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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.

Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales y Particulares del Contrato.

Artículo 21º) SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos que trata este Título. **General de Salud**, Compañía de Seguros, S.A. podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros en razón del accidente o alteración de la salud del asegurado, que haya originado la afectación de alguna de las coberturas amparadas por esta póliza.

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.

Artículo 22º) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA
General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de requerir una segunda opinión médica para el asegurado, en caso de que éste se negara a la revisión médica, **General de Salud**, Compañía de Seguros, S.A. quedará liberada de cualquier obligación o gasto derivado del padecimiento y sus complicaciones, de igual forma, el asegurado podrá solicitar una segunda opinión médica en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

Artículo 23º) 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.

Artículo 24º) FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

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.

Artículo 25°) EXCLUSIONES GENERALES

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada una de las coberturas contratadas, la Aseguradora expresamente manifiesta que no asumirá responsabilidad por siniestros derivados de:

- a) Intento de suicidio del Asegurado;**
- b) Si el padecimiento, lesión o accidente es provocado deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;**
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; debidamente determinada por Autoridad competente, como conducta excluyente de responsabilidad.**
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando**

el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

e) No se cubren enfermedades o accidentes por Culpa Grave del Asegurado en el consumo de alcohol. Consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos, estimulantes, psicotrópicos, o cual cualquier otra sustancia prohibida, salvo prescripción médica;

f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia;

g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares;

h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.

i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad o en justas hípicas, charrería.

j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y cualquier tipo de vehículo de propulsión.

k) Manejo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas;

l) De una infección que sea

consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al VIH. A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá VIH, encefalopatía (demencia), VIH Síndrome de Desgaste y Condición Relacionada con el SIDA.

m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;

n) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;

o) No se cubrirán padecimientos o enfermedades preexistentes declaradas o no cuyos síntomas se hayan presentado antes del inicio de vigencia de la póliza.

p) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad se produjo antes

- de la entrada en vigor de la póliza;
- q) Cirugía estética o plástica no reconstructiva;
 - r) Métodos quirúrgicos para adelgazar;
 - s) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo;
 - t) Cualquier enfermedad infecto contagiosa de denuncia internacional, pandemia o epidemia.
 - u) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico;
 - v) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo relacionado;
 - w) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez; tratamientos de fertilización asistida;
 - x) Tratamiento odontológico;
 - y) Consecuencias de heridas autoinflingidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de enajenación mental;
 - z) Problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina o mal funcionamiento sexual.
 - aa) Quedan excluidos los padecimientos congénitos.

Artículo 26°) INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONARSE A LA ASEGURADORA

El Contratante y los Asegurados se comprometen a proporcionar toda la información necesaria por escrito para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso a la colectividad asegurada, acta de matrimonio, antecedentes médicos o patológicos o cualquier otra que influya en la exacta apreciación del riesgo asegurable.

Los Asegurados Principales deberán comunicar al Contratante, dentro de los cinco (5) días naturales de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los miembros del Grupo Familiar cubierto por esta póliza.

El Contratante es el único responsable de comunicar a la Aseguradora toda alta, baja o modificación operada en el listado de Asegurados que el mismo proporcione para los efectos de tomar la póliza y que forma parte integrante de las Condiciones Particulares del presente contrato.

Artículo 27°) COMPROBACIÓN DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS

Cada Asegurado deberá probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual.

La Aseguradora podrá solicitar en cualquier momento y por única vez, 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 para efectos de cumplir con la edad máxima de aceptación y renovación o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

Artículo 28°) PLURALIDAD DE SEGUROS

Cada asegurado podrá contratar una sola póliza de este producto. En caso de que existiera una pluralidad de cobertura la Aseguradora considerará válido únicamente el seguro vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas durante el periodo que estuvo asegurado el riesgo bajo la póliza de menor suma.

Artículo 29°) DUPLICADO Y COPIAS DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS

a) En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante y/o el Asegurado podrán obtener la sustitución por un duplicado fiel a la póliza o certificados originales.

b) El Contratante y/o Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente Certificado Individual.

c) Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la expedición de duplicados y copias.

Artículo 30°) PREAUTORIZACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización objeto de este contrato, podrá ser cubierto a favor de Hospitales y Establecimientos de Atención Médica y/o Profesionales Médicos, por medio de pago directo en los casos en que, por sus características, el evento objeto de este contrato pueda ser programado con antelación, previa solicitud del Asegurado siempre que se cumpla con los requisitos que establece el Artículo 39 "PAGO DE INDEMNIZACIONES" de las presentes Condiciones. General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. emitirá una carta al Establecimiento de Atención Médica que

avalará el pago hasta por el monto establecido de acuerdo a los beneficios cubiertos por la póliza. En todos los casos, el pago se efectuará después de afectarse la cobertura objeto de este seguro.

Artículo 31°) IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones tales como el Impuesto al Valor Agregado o cualquier otro tipo de Impuesto que impongan las autoridades tributarias, aplicables a la contratación de este tipo de seguro, estarán a cargo del Contratante y/o de los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 32°) MONEDA DE PAGO

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

Artículo 33°) PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en dos años contados a partir de la fecha del siniestro, lo anterior en términos de los previsto en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El plazo al que se refiere el Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro 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 de un siniestro, desde el día en

que haya llegado de conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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 34º) MODIFICACIONES

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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 (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previa solicitud por escrito del Contratante y la aceptación expresa de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. Dichas modificaciones deberán constar por escrito en el Endoso debidamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

Artículo 35º) NOTIFICACIONES

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

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 causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 36°) INDEPENDENCIA LABORAL

Queda expresamente establecido que entre el Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., 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 y de seguridad social que directa o indirectamente se derive o provenga del Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. para con su personal.

Artículo 37°) ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA:

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de atención médica o Institución de Salud legalmente registrado y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, etc.), para dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a

la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad civil y/o responsabilidad profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

Artículo 38°) PLAZO DE REVISIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de haber recibido del Asegurado o Beneficiario o Contratante, el aviso y la documentación, a que se refiere el Artículo 37 de las Condiciones Generales del contrato, para determinar la procedencia de la reclamación, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Artículo 39°) PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurado deberá llenar y firmar el Aviso de Accidente o Enfermedad, éste será entregado a la Aseguradora junto con los documentos necesarios para comprobar fehacientemente la realización del procedimiento de que se trate, dentro de las primeras cuarenta y ocho horas después de haberse realizado la afectación de cualquiera de las coberturas amparadas, salvo caso fortuito o fuerza mayor

Para que pueda recibir el pago de la suma asegurada prevista en la póliza, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación:

- a) Aviso de Accidente o Enfermedad, requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular cuando se trate de menores de edad.

b) Informe Médico de General de Salud, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado. Dentro del armado de su póliza encontrará dicho formato, el cual puede fotocopiar tantas veces como sea necesario.

c) Historia Clínica elaborada por el médico que atendió al Asegurado en la cual se estipule claramente la antigüedad del padecimiento o enfermedad, así como el diagnóstico que dio origen a la intervención quirúrgica, trasplante o colocación de prótesis.

d) La Aseguradora podrá efectuar las comprobaciones necesarias para verificar la procedencia del siniestro, por lo que corresponde al Asegurado facilitar la información que para tal efecto requiera la Aseguradora, así como autorizar a su Médico Tratante y lugares de atención médica en que fue atendido, para que los mismos proporcionen a los Médicos de la Aseguradora toda la información requerida para efectos de dicha cobertura, misma que será manejada confidencialmente.

e) Acta del Ministerio Público, en caso de accidente con afectación a terceros o en caso de ser en la vía pública en aquellos casos en los que intervenga la autoridad correspondiente.

f) Las atenciones en Hospitales del Sector Salud Público, deberán de acompañarse de un informe completo de la atención médica proporcionada, firmada por el médico tratante y avalada por el Subdirector o Director Médico de la

Institución. Recuerde que es su derecho solicitar dicho informe.

En caso de fallecimiento del Asegurado los beneficios pendientes de pago serán liquidados por la Aseguradora a los beneficiarios designados y a falta de designación de beneficiarios, a la sucesión del Asegurado.

Artículo 40º) RED DE PROVEEDORES

Los asegurados tendrán la posibilidad de atenderse tanto en la red de Hospitales que tengan convenio con la Aseguradora como de manera abierta en hospitales Privados y Sector Salud.

Artículo 41º) 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:

- 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.
- 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.

Artículo 42º) ARBITRAJE

En caso de que la Aseguradora rechace un siniestro como consecuencia de una enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto la Asegurada como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de celebración del contrato.

En ese caso, la Aseguradora y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Aseguradora.

Artículo 43º) AGRAVACIÓN DE RIESGO

En caso de que el Asegurado cambie de ocupación, éste deberá informar a la Compañía por escrito dentro de los quince días siguientes al cambio de ocupación. De no cumplir con lo anterior, se considerará que existe una agravación del riesgo y la compañía quedará liberada de pagar la indemnización.

Artículo 44º) CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando exista cambio de Contratante General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. podrá, tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

Artículo 45º) DERECHO DE CONVERSIÓN

En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, en la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 46º) DIVIDENDOS

Este producto no otorga dividendos

Artículo 47º) 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.

COBERTURA BÁSICA DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1°) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda en esta cobertura básica cuando el Asegurado acredite haber sido trasplantado de alguno de los siguientes órganos:

1. Médula Ósea (como consecuencia de patologías primarias de la misma)
2. Corazón
3. Hígado
4. Riñón
5. Córnea

Y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el Trasplante de órganos humanos se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente cobertura y durante su vigencia. No se cubrirán enfermedades, padecimientos, lesiones o consecuencias de accidentes preexistentes declarados o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de un Trasplante futuro.

Se establece para esta cobertura básica, un período de espera de ciento ochenta (180) días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado para el caso de Trasplantes por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el Trasplante se origine como consecuencia de un accidente.

2º) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobado el Trasplante de órganos humanos descrito en el Riesgo Cubierto, pagará exclusivamente el porcentaje establecido en la carátula de la póliza, las sumas indemnizatorias que se estipulan a continuación, con posterioridad al acto quirúrgico mismo. El importe será pagado de acuerdo con el Trasplante que se haya efectuado:

- | | |
|--|------------|
| 1. Trasplante de Médula Ósea (como consecuencia de patologías primarias de la misma) | \$ 100,000 |
| 2. Trasplante de Corazón | \$ 200,000 |
| 3. Trasplante Hígado | \$ 200,000 |
| 4. Trasplante de Riñón | \$ 100,000 |
| 5. Trasplante de Córnea | \$ 50,000 |

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta cobertura luego de finalizada la vigencia del certificado individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago cubiertos por la presente cobertura a la fecha de rescisión, de la terminación anticipada del contrato o de la terminación de la vigencia del contrato.

3º) CARACTER DEL BENEFICIO

Esta cobertura básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

Para cualquier solicitud de indemnización por Trasplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable haber comunicado la necesidad de trasplante por escrito previamente al CENATRA (Centro Nacional de Trasplantes) o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes, las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos, salvo para los Trasplantes de médula ósea.

4º) INVESTIGACIONES Y REVISIÓN DE LOS ASEGURADOS

a) A fin de determinar la procedencia y extensión de las prestaciones a su cargo, la Aseguradora podrá realizar la revisión del Asegurado por facultativos designados por ella durante su hospitalización o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de ésta. Asimismo, podrá investigar en los Institutos Atención Médica y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas destinadas a comprobar y controlar la exactitud de la información recibida.

b) Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su Trasplante fuera errónea, simulada o fraudulenta, liberará a la Aseguradora de las obligaciones asumidas en el presente contrato, independientemente de las acciones legales que inicie en contra del o de los responsables ante las Autoridades Competentes.

5º) ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de Atención Médica o Institución de Salud legalmente registrado y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, etc.), para dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad civil y/o responsabilidad profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

6°) DENUNCIAS Y DECLARACIONES

a) El Asegurado o el Contratante deberá informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un Trasplante de órganos. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorios y cualquier otro efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.

b) El Contratante y/o el Asegurado se compromete a suministrar a la Aseguradora toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta cobertura, siendo el único responsable por autenticidad de la misma o por la omisión de su entrega.

c) El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si él o el Contratante omiten información necesaria o emplean comprobantes falsos.

7°) EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo 25 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no pagará la indemnización cuando el Trasplante de órgano

sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Enfermedades preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado, que sean causa de un Trasplante futuro.

b) Enfermedades o padecimientos congénitos.

c) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un Trasplante se produce durante el período de espera de 180 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el Trasplante se origine como consecuencia de un accidente.

d) Se excluyen Trasplantes de médula ósea indicados como consecuencia de aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos querequieran autotrasplante de células medulares. Solo están incluidos los Trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.

e) Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de Trasplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se hayan inscrito con anterioridad a la contratación de este seguro en la lista de espera del CENATRA o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.

f) Quedan expresamente excluidas todo tipo de homologación u operaciones que no sean los Trasplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.

g) Se excluyen Trasplantes de órganos experimentales.

h) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.

8°) ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

La cobertura básica de Trasplantes de Órganos tendrá cobertura únicamente en el Territorio Nacional.

COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1°) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas contempladas en el Listado de Beneficios que se detallan en los Anexos "PE30", "PE60" y "PE300" que forman parte integrante de la presente, y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en las Condiciones de esta cobertura y durante su vigencia del Contrato. No se cubrirán, enfermedades, accidentes o padecimientos preexistentes declarados o no a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.

Se establece para esta cobertura básica, un período de espera de treinta (30) días para las intervenciones detalladas en el Anexo "PE30", de sesenta (60) días para las intervenciones detalladas en el Anexo "PE60" y de trescientos (300) días para las intervenciones detalladas en el Anexo "PE300", contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado para el caso de intervenciones quirúrgicas por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado Individual debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad

de efectuar la intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente.

2°) BENEFICIO

La Aseguradora, una vez que sea comprobada la realización de la intervención quirúrgica a que se refiere el Riesgo Cubierto, pagará exclusivamente el porcentaje establecido en la Carátula de la póliza de la suma indemnizatoria que corresponda a la cirugía o cirugías realizadas. El importe será pagado bajo las condiciones de esta cobertura.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones amparadas por una o varias vías, se indemnizará como máximo, hasta el cien por ciento (100%) del beneficio de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) de la segunda de siguiente valor. Si una operación se hubiese podido efectuar durante el curso de una intervención quirúrgica inicial, y no se efectuase antes de transcurridos treinta (30) días desde la fecha de dicha intervención, no estará cubierta por esta cláusula, salvo en casos de urgencia que pongan en riesgo la vida y/o salud del asegurado.

Las reintervenciones generadas por complicaciones súbitas o imprevistas serán indemnizadas al cien por ciento (100%) del valor del beneficio.

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo para esta cobertura luego de finalizada la vigencia del certificado individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago amparados por la presente cobertura a la fecha de tal rescisión, de la terminación anticipada del contrato o de la terminación de la vigencia del contrato.

3°) CARACTER DEL BENEFICIO

Esta cobertura básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

4°) ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de Atención Médica o Institución de Salud legalmente registrado y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, etc.) para dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad civil y/o responsabilidad profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

5°) MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE LA COBERTURA

En cada aniversario de la Póliza, las condiciones de renovación serán las que se encuentren vigentes en ese momento. Si después de la entrada en vigencia de la presente cobertura se acordara un aumento en el monto de las coberturas aseguradas o alguna extensión de cobertura del seguro a miembros de familia, tales aumentos o extensiones estarán sujetos a los períodos de espera previstos en la póliza, salvo pacto en contrario.

6°) SOLICITUD DE BENEFICIOS

El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora el tipo de operación u operaciones que se le ha efectuado, dentro de los 15 días contados a partir de la realización de la intervención quirúrgica, en el formulario que para tal fin suministre la Aseguradora.

7°) EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo 25 de las Condiciones Generales del Contrato, la Aseguradora no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- a) Enfermedades, padecimientos, secuelas o complicaciones de lesiones preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.**
- b) Enfermedades o padecimientos congénitos.**
- c) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de espera de 30, 60 o 300 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado.**

El período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente.

d) Operaciones de Miopía, Astigmatismo y similares.

e) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.

COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO "PE30"

Queda entendido y convenido por las partes que a partir de los treinta (30) días de vigencia ininterrumpida de la presente cobertura básica para cada Asegurado, el mismo quedará cubierto en estricto cumplimiento de lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de esta cobertura, por los beneficios adicionales detallados a continuación:

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
02.07.03	CAPSULOTOMÍA (CRISTALINO ENCAPSULADO)	30	5,000
04.01.06	PUNCIÓN BIOPSIA DE TIROIDES	30	1,000
07.06.12	SAFENECTOMÍA (CIRUGÍA DE VÁRICES)	30	10,000
08.05.24	APENDICECTOMÍA (CIRUGÍA DE APÉNDICE)	30	20,000
11.02.10	LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO O DIAGNÓSTICO	30	5,000
11.02.13	CONIZACIÓN O CERCLAJE DEL CUELLO (POR LESIONES O INCOMPETENCIA DEL CUELLO DE LA MATRIZ)	30	5,000
11.03.14	EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (ABSCESO EN LABIOS MENORES)	30	5,000
12.03.02	OSTEOSÍNTESIS HÚMERO, PÉLVIS, SACRO, FÉMUR, TIBIA, TIBIA-PERONÉ (APLICACIÓN DE TORNILLOS, PLACAS, ETC. POR FRACTURAS EN BRAZO, CADERA, PIERNA.)	30	10,000
12.03.03	OSTEOSÍNTESIS CUBITO, RADIO, TERCIO INFERIOR, UNO O MÁS HUESOS (APLICACIÓN DE TORNILLOS, CLAVOS, PLACAS EN ANTEBRAZOS)	30	10,000
12.13.08	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUXACIÓN METACARPO O METATARSO-FALÁNGICA (CIRUGÍA DE HUESOS DE LA MANO O PIE)	30	5,000
12.19.16	YESO TORACO-BRAQUIAL/BRAQUIPALMAR/BOTA LARGA O CORTA DE YESO (YESOS PARA HOMBRO, BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO, PIERNA, PIE)	30	1,000

“COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO "PE60"

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
01.02.06	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA (CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE LA DILATACIÓN O CRECIMIENTO DE UN VASO SANGUÍNEO)	60	80,000
01.02.10	EXCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL (CIRUGÍA PARA EXTRACCIÓN DE TUMOR)	60	60,000
10.05.06	DESCOMPRESIÓN A NIVEL DEL TÚNEL DEL CARPO (LIBERACIÓN DEL NERVIJO MEDIANO EN LA ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA)	60	20,000
02.05.01	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA (PRESIÓN INTRAOCULAR AUMENTADA)	60	20,000
02.06.05	RETINOPEXIA - DIATERMIA - CRIO, FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER (DESPRENDIMIENTO DE RETINA Y/O DAÑO OCULAR POR DIABETES)	60	10,000
02.07.04	EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE DELENTE INTRAOCULAR (CRISTALINO OPACO O NUBE)	60	10,000
03.02.02	TIMPANOPLASTÍA (CIRUGÍA DE TÍMPANO)	60	20,000
03.12.01	ÚVULO-PALATOPLASTÍA (CIRUGÍA DEL PALADAR BLANDO O DURO)	60	20,000
04.01.03	TIROIDECTOMÍA TOTAL/SUBTOTAL, HEMITIREIDECTOMÍA (CIRUGÍA DE TIROIDES)	60	30,000
04.03.01	HIPOFISECTOMÍA TRANSEPTOESFENOIDAL (CIRUGÍA DE HIPÓFISIS)	60	30,000

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
06.01.01	MASTECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN GLÁNDULA MAMARIA COMPLETA INCLUYENDO GANGLIOS AXILARES)	60	20,000
06.01.03	MASTECTOMÍA SIMPLE (EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA MAMARIA)	60	10,000
06.01.08	EXCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA – QUISTE, FIBROADENOMA	60	5,000
06.01.09	CUADRANTECTOMÍA (EXTIRPACIÓN PARCIAL DE LA GLÁNDULA MAMARIA)	60	5,000
07.06.07	FÍSTULA ARTERIOVENOSA PERIFÉRICA PARA HEMODIALISIS (COMUNICACIÓN DE ARTERIA Y VENA PARA TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL)	60	10,000
08.02.03	HERNIOPLASTIA (INGUINAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, UMBILICAL) UNILATERAL O BILATERAL (CIRUGÍA DE HERNIA)	60	10,000
08.03.04	GASTROSTOMÍA COMO ÚNICA OPERACIÓN (COMUNICAR EL ESTÓMAGO CON LA PARED ABDOMINAL)	60	5,000
08.04.03	ENTEROTOMÍA, ESTEROSTOMÍA TEMPORARIA O DEFINITIVA	60	10,000
08.05.03	HEMICOLECTOMÍA DERECHA O IZQUIERDA (EXTIRPACIÓN DE INTESTINO GRUESO)	60	30,000
08.06.06	HEMORROIDECTOMÍA CON O SIN FISURA ANAL (EXTIRPACIÓN DE HEMORROIDES)	60	10,000
08.06.11	FISTULECTOMÍA ,FISTULOTOMÍA, FISURECTOMÍA, CRIPECTOMÍA O PAPILECTOMÍA (DEFECTOS DEL RECTO Y AÑO)	60	10,000
08.06.16	INCISIÓN O DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL (CIRUGÍA DE ABSCESO ANAL)	60	5,000

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
08.06.17	TRATAMIENTO RADICAL DEL ABSCESO PERIANAL CON RESECCIÓN (CIRUGÍA AMPLIA DEL ABSCESO ANAL)	60	5,000
09.01.01	LINFADENECTOMÍA CERVICAL, AXILAR O INGUINAL RADICAL (EXTIRPACIÓN DE CADENAS GANGLIONARES)	60	10,000
10.01.01	NEFRECTOMÍA TOTAL, CUALQUIERA QUE FUERA LA VÍA UTILIZADA (EXTIRPACIÓN DE RIÑÓN)	60	30,000
10.02.12	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA	60	10,000
10.04.01	PROSTATECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN DE PRÓSTATA, INCLUYE GANGLIOS)	60	30,000
10.04.04	RESECCIÓN TRANS-URETRAL DE PRÓSTATA (POR ENDOSCOPIA)	60	10,000
10.05.04	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL (DESCENSO TESTÍCULO UNILATERAL)	60	10,000
10.05.05	ORQUIDOPEXIA BILATERAL CON O SIN TRATAMIENTO DE HERNIA (DESCENSO TESTÍCULO BILATERAL)	60	10,000
10.05.06	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIDROCELE, VARICOCELE. (TESTÍCULO OCUPADO POR VÁRICES O LÍQUIDO)	60	5,000
10.06.07	VASECTOMÍA	60	2,000
11.03.03	COLPORRAFÍA, COLPO-PERINEOPLASTÍA ANTERIOR Y/O POSTERIOR (CIRUGÍA DE VEJIGA Y/O MATRIZ CAÍDA)	60	10,000
12.11.02	COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR, CADERA, RODILLA (CIRUGÍA DE COLUMNA, CADERA, RODILLA, CON APLICACIÓN DE PRÓTESIS)	60	30,000

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
12.13.06	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUXACIÓN CADERA, RODILLA (CIRUGÍA DE CADERA O RODILLA POR LUXACIÓN)	60	20,000
12.13.07	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUXACIÓN CLAVÍCULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO, TOBILLO	60	10,000
12.15.07	TENOPLASTÍA CON ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO O INJERTO (CIRUGÍA DE LIGAMENTOS Y/O TENDONES)	60	10,000
12.17.01	DISCECTOMÍA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (CIRUGÍA DE DISCOS DE COLUMNA)	60	30,000
12.17.30	HALLUX VALGUS UNILATERAL O BILATERAL COMPLETO (CIRUGÍA DE JUANETES)	60	10,000
50.01.00	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (DESHACER PIEDRAS EN EL RIÑÓN POR ONDAS DE ULTRASONIDO)	60	20,000
50.01.02	EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS URINARIOS POR ENDOSCOPIA O MICROCIRUGÍA O VÍA PERCUTÁNEA URETERALES O PÉLVICOS (PROCEDIMIENTOS PARA EXTRACCIÓN DE PIEDRAS EN RIÑÓN POR ENDOSCOPIO)	60	10,000
50.01.17	EMBOLIZACIONES DE ANEURISMAS CEREBRALES CON BALÓN O COILS (COAGULACIÓN DE DEFECTOS ARTERIALES POR CATETERISMO)	60	80,000
50.01.21	COLOCACIÓN DE STENT ARTERIALES O VENOSOS * (COLOCACIÓN DE PRÓTESIS VASCULARES ARTERIALES O VENOSOS)	60	60,000

“COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO "PE300"

Queda entendido y convenido por las partes que a partir de los trescientos (300) días de vigencia ininterrumpida de la presente cobertura básica para cada Asegurado, el mismo quedará cubierto en estricto cumplimiento de lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de esta cobertura, por los beneficios adicionales detallados a continuación:

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
03.13.01	AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA (CIRUGÍA DE ANGINAS)	300	5,000
07.01.03	COLOCACIÓN DE MARCAPASO DEFINITIVO.	300	10,000
07.01.05	CAMBIO GENERADOR DE MARCAPASO (PILA DEL MARCAPASO)	300	10,000
07.02.03	REEMPLAZO DE VÁLVULA CARDIACA	300	80,000
07.02.06	CIERRE DE DEFECTOS AURICULARES O VENTRICULARES (CIRUGÍA DE CAVIDADES DEL CORAZÓN)	300	80,000
07.02.08	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA (CIRUGÍA PARA CORREGIR LA DILATACIÓN DE GRANDES VASOS)	300	80,000
07.02.09	DERIVACIÓN BY PASS – CORONARIO ÚNICO, DOBLE (PUENTE CORONARIO)	300	80,000
07.08.01	ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL CORONARIA (CIRUGÍA DE GRANDES VASOS CORONARIOS)	300	60,000
08.07.08	COLECISTECTOMÍA (CIRUGÍA DE VESÍCULA)	300	20,000
11.02.03	HISTERECTOMÍA CON O SIN ANEXOS (CIRUGÍA PARA EXTIRPACIÓN DE MATRIZ)	300	20,000
12.10.01	ARTROPLASTÍA DE CADERA (CIRUGÍA DE CADERA)	300	30,000
12.10.02	ARTROPLASTÍA DE RODILLA (CIRUGÍA DE RODILLA)	300	20,000
12.17.27	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEDO EN GARRA, EN MARTILLO (CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES ADQUIRIDAS EN DEDOS DE PIE)	300	5,000

COBERTURA BÁSICA DE PRÓTESIS

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1°) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que establece esta cobertura básica cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a un implante de prótesis dentro de las siguientes especialidades:

Traumatología y Ortopedia
Cardiovasculares
Neurológicas
Oculares

Se establece para esta cobertura básica, **un período de espera de sesenta (60) días** contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado para el caso de implante de prótesis por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente.

2°) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobada la realización del implante descrito como Riesgo Cubierto, indemnizará el beneficio contemplado de esta cobertura, con posterioridad a la realización del implante. El importe será pagado bajo las condiciones de esta cobertura.

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta cobertura luego de finalizada la vigencia del certificado individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago

amparados por la presente cobertura a la fecha de la rescisión del contrato, de la terminación anticipada del contrato o de la terminación de la vigencia del contrato.

3°) CARÁCTER DEL BENEFICIO

Esta cobertura básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

4°) ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de atención Médica o Institución de Salud legalmente registrado y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, etc.) para dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad civil y/o responsabilidad profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

5°) SOLICITUD DE BENEFICIOS

El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora el tipo de implante de prótesis que se le ha efectuado dentro de los 15 días contados a partir de la realización del implante, en el formulario que a tal fin suministre la Aseguradora.

6°) EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo 25 de las Condiciones Generales del Contrato, quedan excluidas de esta cobertura básica:

- a) Toda ortesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional.**
- b) Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad.**

Quedan también excluidas Prótesis para:

- a) Hemodiálisis.**
- b) Cirugía estética o plástica reparadora.**
- c) Implantes electrónicos.**
- d) Tratamientos con elementos radioactivos.**
- e) Renovaciones de prótesis.- Solamente con los límites establecidos en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Particulares.**
- f) Gastos de servicio o reparación de prótesis.**
- g) Gastos originados por pérdidas o destrucción de elementos por parte del Asegurado.**
- h) Reemplazo de prótesis preexistentes declaradas o no al momento del ingreso del Asegurado al seguro.**

Asimismo, la Aseguradora no hará efectivo el reembolso cuando el implante de prótesis sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Enfermedades, padecimientos, accidentes o consecuencias de lesiones preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de un implante de prótesis futuro;

b) Enfermedades o padecimientos congénitos.

c) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una prótesis se produce durante el período de espera de 60 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente;

d) Lentes y anteojos de cualquier tipo;

e) Corsé (Tipo Taylor / Milwoker o similar);

f) Arnés de Paulik;

- g) Bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes;**
- h) Tutores externos;**
- i) Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos;**
- j) Prótesis odontológicas;**
- k) Prótesis electrónicas o computarizadas;**
- l) Corsé tipo KNIT o similares;**
- m) Andadores y Sillas para patologías infantiles;**
- n) Estimuladores Epidurales;**
- o) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

7° BENEFICIOS A PRESTAR

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA:

De cadera total o parcial con o sin cemento	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000
De rodilla	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000
De columna	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000
Prótesis para osteosíntesis simple	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 5,000
Prótesis para osteosíntesis compleja	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 5,000
Prótesis mamaria por mastectomía no estética	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 8,000
Sistema de estabilización de Columna	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000
Prótesis para Cráneo plastia	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 10,000

CARDIOVASCULARES:

Válvulas cardíacas *	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000
Prótesis vascular para grandes vasos, rectas o bifurcadas *	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 15,000
Marcapasos	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 15,000
Stent *	Se reconocerá el implante por única vez, con justificación médica y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 15,000

NEUROLÓGICAS:

Válvula para drenaje para hidrocefalia	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 10,000
Clips para Aneurisma *	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000
Microcoils endovasculares *	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 20,000

OCULARES:

Lentes intraoculares y set de colocación	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 10,000
Banda de silicona (para retina) o healón	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	\$ 9,000

* Este se pagará por evento (procedimiento) no por unidad.

COBERTURA BÁSICA “ASISTENCIA EN VIAJE”

(Aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

Esta cobertura otorga beneficios de asistencia en caso de Accidente o repentina Enfermedad de los Asegurados de **General de Salud**, Compañía de Seguros, S.A., mediante servicios que brindará a través de una tercera empresa.

Los servicios que a continuación se mencionan, serán válidos cuando el asegurado o sus beneficiarios se encuentren viajando a ciento cincuenta kilómetros o más de su residencia legal. *Todos los servicios deberán ser concertados y autorizados por el Proveedor de Asistencia en Viaje (en adelante “El PROVEEDOR”) que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. designe para tal fin.*

Esta cobertura No aceptará reclamos por reembolsos.

I. BENEFICIOS DE ASISTENCIA

Consulta, Evaluación y Referencia Médica: Los Beneficiarios tendrán acceso a un Centro de Operaciones con personal médico las veinticuatro horas todos los días del año.

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 por el asegurado.

Traslado Médico al Lugar de Residencia: Cuando sea necesario por razones médicas según lo determine el médico de “El PROVEEDOR” y el médico que atiende el caso, el traslado 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 el traslado 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” trasladará al Asegurado o Beneficiario.

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

Transporte para Reunirse con el Beneficiario Elegible: Proveer a un miembro que designe el beneficiario, asegurado o

contratante, 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 posteriores a la solicitud del beneficio contratado. Es la responsabilidad de la persona autorizada de cumplir con los documentos necesarios que se requieran.

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 lugar 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 de la casa.

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 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.

Coordinación de Efectivo por Emergencia: “El PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de un adelanto en efectivo por emergencia. La fuente de los fondos es responsabilidad del Beneficiario.

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

No se darán servicios a los asegurados en los siguientes casos:

- a) Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico, de curación, diagnóstico o rehabilitación.**
- b) Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**
- c) Si se comete un acto calificado o determinado como una conducta ilícita, cuando el asegurado sea el provocador.**
- d) Intento de suicidio.**
- e) Incidentes que involucren por la ingesta o consumo de cualquier droga, estupefacientes, narcótico o psicotrópico, que no haya sido recetado bajo prescripción médica.**
- f) Transferencia del Beneficiario de un centro médico a otro con habilidades similares y que proporcione el mismo tipo de asistencia médica.**

No se trasladará a un Asegurado o Beneficiario:

- a) Sin autorización médica.**
- b) 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 lugar de residencia.

c) Con un embarazo de más de seis meses.

d) Con trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado.

e) 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.

f) Estudiantes en la dirección de su casa o de la escuela (ya que no se consideran estar viajando).

g) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.

Aunque los servicios de asistencia están disponibles en todo el territorio, el tiempo de respuesta de transporte está relacionado directamente con la ubicación o jurisdicción del lugar 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 por lo que no son empleados de “EI PROVEEDOR” ni la aseguradora.

“EI PROVEEDOR” y la aseguradora no son responsables por ninguna negligencia profesional que puedan cometer los prestadores de servicios profesionales que den sus servicios al Beneficiario.

“EI PROVEEDOR” no está afiliado con la aseguradora y dicha aseguradora no será responsable por ningún acto u omisión por parte de “EI PROVEEDOR” en relación, o que pueda surgir, debido a la prestación de los servicios descritos.

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 23 de febrero del 2011, con el número CNSF-H0707-0093-2010/CONDUSEF-000688-01, a partir del día 1 de abril del 2015, con el número RESP-H0707-0023-2015 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-H0707-0007-2016.