

CONDICIONES GENERALES SALUD VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR



INDICE

1. Objeto d		.6
2. Definicio	ones	.6
	Accidente	
2.2.	Accidente Cubierto	.6
2.3.	Asegurado(s)	.6
	Asegurado Titular	
2.5.	Autorización de Servicios	.7
2.6.	Ayudante	.7
2.7.	Beneficios Adicionales	.7
2.8.	Círculo Hospitalario	.7
2.9.		.7
2.10.	Condiciones Generales	.7
2.11.	Contratante	.7
2.12.	Copago	.7
2.13.	Deducible	.7
2.14.	Dependientes Económicos	.7
2.15.	Elegibilidad	.8
2.16.	Elegibilidad para Recibir Servicios	8.
2.17.	Endosos	.8
2.18.	Enfermedad	.8
2.19.	Enfermedad Cubierta	.8
2.20.	Enfermera	.8
2.21.	Hospital, Clínica o Sanatorio	.8
	Hospitalización	
2.23.	Manual del Asegurado	.9
	Médico	
2.25.	Médico de Cuidados Primarios (MCP)	.9
	Médico Especialista	
2.27.	Médico Tratante	.9
2.28.	Padecimientos Congénitos	.9
2.29.	Periodo al Descubierto	.9
2.30.	Periodo de Espera	.9
	Periodo de Gracia	
2.32.	Póliza	10
2.33.	Preexistencia	10
2.34.	Programa de Salud Vital	10
2.35.	Proveedor	11
2.36.	Proveedor Participante	
	Proveedor No Participante	
	Reembolso	
2.39.	Referencia	11
2.40.	Rehabilitación del Contrato	11
2.41.	Pago Directo	11
	Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos	

2.43. Territorialidad	11
2.44. Tope de Copago	
2.45. Tratamiento Médico	
2.46. Emergencia Médica	
2.47. Zona de Contratación	
2.48. Zona de Atención	12
3. Contrato	12
3.1. Contrato	12
3.2. Costo de Adquisición	
3.3. Omisiones o Inexactas Declaraciones	
 3.4. Acceso a la Información Relacionada con este Programa de . Salud 	13
3.5. Agravación del Riesgo	13
3.6. Causas de Rescisión	
3.7. Causas de Terminación de la Obligación Contractual	
3.8. Causa de Liberación de la Obligación de Pago	
3.9. Causa de Cancelación de la Póliza	
3.10. Competencia	17
3.11. Elegibilidad	
3.12. Independencia Contractual	
3.13. Independencia Laboral	
3.14. Rehabilitación	
3.15. Rectificación de la Póliza	
3.16. Modificaciones al Contrato	19
3.17. Notificaciones	19
3.18. Residencia	19
4. Cláusulas Particulares	20
4.1. Datos de Inscripción Recas	
4.2. Medios de Identificación	20
4.3. Información para Operaciones	
4.4. Preceptos Legales	20
4.5 No discriminación	
4.6 Localización de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios	
5. Obligaciones del Contratante	21
5.1. Prima	
5.2. Lugar de Pago	22
5.3. Alta y Baja de Asegurados	
5.4. Prescripción	
6. Vigencia del Seguro	
6.1. Inicio de Vigencia	
6.2. Terminación de la Vigencia	
6.3. Renovación	
	25

7. Beneficio Máximo	
8. Coberturas Básicas	26
8.1. Prevención de la Salud	26
8.2. Mantenimiento de la Salud	26
8.3. Ayuda de Maternidad	26
8.3.1. Parto, Cesárea y Óbito	27
8.3.2. Complicaciones del Embarazo	
8.3.3. Recién Nacido	27
8.4. Servicios Odontológicos	27
8.5. Servicios Auxiliares de Diagnóstico	
8.6. Hospitalización	
9. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera	32
9.1. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de diez meses	32
9.2. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de dos años	32
9.3. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera de cinco años	32
9.4. Eliminación de Periodos de Espera por Accidente	32
9.5. Limitaciones	32
10. Beneficios Adicionales	33
10.1. Línea Telefónica de Atención a Asegurados denominada	33
INFOSALUD	
10.2. Segunda Opinión Médica	33
10.3. Libre Elección del Médico de Cuidados Primarios	
10.4. Reconocimientos de Antigüedad Generada en	33
otros Programas o Coberturas de Salud Similares	
10.5. Descuento de Copago en Hospitalización	34
11. Límites de la Cobertura y Gastos a Cargo del Asegurado	34
11.1. Limitaciones	
12. Exclusiones del Programa	
13. Coberturas Adicionales	39
13.1. Asistencia Internacional en Viaje	
13.2. Emergencia en el Extranjero	44
13.3. Cobertura de Inmunizaciones	
13.4. Cobertura de Estudios Preventivos para Adultos	
13.5. Cobertura de Eliminación de Penalización por Cambio de Zona	46
14. Indemnizaciones	46
14.1. Copagos	46
14.2. Penalizaciones	
14.3. Sistema de Pago Directo a Proveedores Participantes de la	47
Red	
14.4. Sistema de Pago por Reembolso	48
14.5 Interés Moratorio	51
14.6. Moneda	51
14.7. Subrogación de Derechos	52



1. OBJETO DEL SEGURO

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., denominada en adelante como "la Compañía", ofrece el Programa de Salud Vital que proporciona la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Poniendo especial énfasis en un estilo de vida saludable, la medicina preventiva y la detección oportuna de enfermedades.

La Póliza de Seguro, el folleto de Derechos del Asegurado, así como sus Condiciones Generales, Particulares y Endosos, respetan los Derechos Humanos y Fundamentales del Asegurado a través de una relación contractual equitativa, igualitaria y no discriminatoria entre las partes, cumpliendo con la legislación nacional e internacional aplicable en materia de Derechos Humanos.

- **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.

No se considera Accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente al Asegurado por un tercero.

En caso de no haber recibido la notificación por escrito por parte del Asegurado dentro del plazo mencionado no se considerará Accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

- **2.2. ACCIDENTE CUBIERTO.** Es aquel Accidente originado dentro del período de vigencia del Programa de **Salud Vital.**
- **2.3. ASEGURADO(S)**. La(s) persona(s) cubierta(s) por el Programa de Salud Vital y cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en la Carátula de la Póliza y ha(n) sido aceptado(s) por la Compañía para tener derecho a los beneficioscontratados que otorga el presente Contrato.
- **2.4. ASEGURADO TITULAR.** Persona física, mayor de edad, que es 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 Programa de **Salud Vital**, 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. AYUDANTE.** Médico que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de un evento quirúrgico y cuya participación es indispensable.
- **2.7. BENEFICIOS ADICIONALES.** Son valores agregados que la Compañía brinda a sus Asegurados al Programa, sin costo alguno.
- **2.8. 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 por orden y jerarquía descendiente:
- Plus 1000
- Plus 500
- Plus 100
- 2.9. COBERTURAS ADICIONALES. Son aquellas que se pueden agregar al Programa de Salud Vital 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. COPAGO.** Cantidad o porcentaje previamente establecido por la Compañía que el Asegurado deberá pagar por cada servicio específico que reciba.
- **2.13. DEDUCIBLE**. Cantidad a cargo del Asegurado que se establece en la Carátula de la Póliza, por la atención de un Servicio Médico procedente derivado de la Cobertura de Hospitalización.
- **2.14. DEPENDIENTES ECONÓMICOS**. Se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular, al cónyuge y los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean



menores de 25 años.

Se podrá considerar a los padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de elegibilidad y aceptación.

- **2.15. ELEGIBILIDAD.** Derecho que adquiere el Asegurado al reunir todos los requisitos para ser dado de alta en el Programa de **Salud Vital**.
- **2.16. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS**. Es el derecho que adquiere un Asegurado al reunir todos los requisitos para recibir servicios bajo las condiciones que establece el Programa de **Salud Vital**.
- **2.17. ENDOSO.** Documento emitido por la Compañía que modifica las condiciones del Contrato del Programa de **Salud Vital** y forma parte de éste.
- **2.18. 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.

- **2.19. ENFERMEDAD CUBIERTA**. Es aquella Enfermedad originada dentro del período de vigencia del Programa de Salud Vital y que no se encuentre dentro del Periodo de Espera correspondiente.
- **2.20. ENFERMERA**. Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.
- **2.21. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO.** Establecimiento o Institución de Salud legalmente registrado para la atención médico hospitalaria.
- 2.22. HOSPITALIZACIÓN. Para efectos de este Programa, 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.

- 2.23. MANUAL DEL ASEGURADO. Documento de consulta mediante el cual se provee información al Asegurado acerca del funcionamiento del Programa de Salud Vital.
- **2.24. MÉDICO.** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- **2.25. MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP)**. Es el Médico Personal del Asegurado, pudiendo ser un Médico General, Familiar, Pediatra, Ginecólogo o Médico Internista responsable de su atención médica, incluyendo la solicitud de autorizaciones o referencias a Especialistas, hospitales y demás servicios tales como laboratorios, farmacias, imagenología, etc.
- **2.26. MÉDICO ESPECIALISTA.** Médico que practica alguna o algunas ramas de la Medicina, debidamente autorizado para ejercer dicha especialidad.
- **2.27. MÉDICO TRATANTE.** Es el Médico que se está haciendo cargo del cuidado y atención del padecimiento o enfermedad del Asegurado.
- **2.28. 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.
- **2.29. 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.
- **2.30. PERIODO DE ESPERA.** Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua e ininterrumpida a partir de la fecha de antigüedad en la Póliza de 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 cancela la Póliza por la falta de pago de la Prima.



- **2.31. PERIODO DE GRACIA.** El 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").
- **2.32. 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.
- 2.33. 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 prexistencia en enfermedades o padecimientos.

2.34. PROGRAMA DE SALUD VITAL. Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por la Compañía.

- **2.35. PROVEEDOR**. Instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización para proveer servicios de salud, tales como Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios, Equipo Especial, etc.
- **2.36. PROVEEDOR PARTICIPANTE.** Proveedor previamente seleccionado y con el cual se ha celebrado convenio para participar en el Programa de Salud Vital y que por su atención otorga Beneficios Adicionales a nuestros Asegurados.
- **2.37. PROVEEDOR NO PARTICIPANTE**. Es el Proveedor no perteneciente a nuestra Red y que por lo tanto su atención no otorga ningún Beneficio Adicional a nuestros Asegurados, ni al sistema de Pago Directo.
- **2.38. REEMBOLSO.** Proceso mediante el cual la Compañía restituye los gastos procedentes realizados por el Asegurado Titular a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierto por esta Póliza.
- El pago por reembolso estará limitado por los Tabuladores de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos definidos por la Compañía.
- **2.39. REFERENCIA.** Es la canalización hecha por escrito por parte de un Médico de Cuidados Primarios, para que el Asegurado reciba los servicios de un Médico Especialista.
- **2.40. REHABILITACIÓN DEL CONTRATO.** Proceso mediante el cual se reinstalan los efectos de la Póliza, cuando ésta había sido cancelada por falta de pago, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **2.41. 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 Programa. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red Médica y que el Contrato se encuentre vigente.
- 2.42. TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS. Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo que pagará la Compañía por cada uno de éstos.
- 2.43. TERRITORIALIDAD. La presente Póliza sólo será aplicable a



los Servicios Médicos procedentes realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos a consecuencia de una Cobertura Amparada.

- **2.44. TOPE DE COPAGO.** Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Copago por cada Hospitalización. El tope se especifica en la Carátula de la Póliza.
- **2.45. 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.
- **2.46. EMERGENCIA MÉDICA.** Es cuando un padecimiento o Accidente cubierto por la Póliza, pone 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.
- **2.47. ZONA DE CONTRATACIÓN.** Es la zona que le corresponde al Asegurado de acuerdo al lugar donde éste tenga su residencia permanente.
- **2.48. 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 Asegurado Titular 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, Endosos y Folleto Explicativo del Asegurado forman constancia del Contrato celebrado entre el Contratante y la Compañía y bajo el mismo, quedarán amparados todos los Asegurados que ingresen a esta Póliza.

Dicho Contrato amparará aquellos eventos cuyo origen y ocurrencia sea dentro de los límites de la República Mexicana, de acuerdo al programa contratado.

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 gasto por Accidente o Enfermedad.

3.4. ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE PROGRAMA DE SALUD. 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, Usted como 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 Usted como Asegurado, o alguno de los integrantes de la Póliza, no cumpla con las campañas de Medicina Preventiva o hagan caso omiso del Tratamiento y Sugerencias Médicas que se les proporcionen, la Compañía podrá considerar que Usted 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 Usted o 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.

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.

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.

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

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 treinta 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 CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL. La Compañía está obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de Seguro dentro de la vigencia del mismo.

Dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes, conforme a lo señalado en la Disposición 15.9.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas:

- 1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica.
- 2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.
- Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del Contrato.
- 3.8 CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA 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.

3.9 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 5.1Prima de estas Condiciones Generales.

3.10 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 de 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.

3.11 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 cónyuge del Asegurado Titular.
- Ser hijo o estar bajo tutela legal del Asegurado Titular, siempre y cuando:
 - a) Sea soltero y dependa legal y económicamente del Asegurado Titular.
 - b) Sea estudiante de tiempo completo y asista a una



- Escuela, Colegio o Universidad acreditados, sin haber alcanzado los 25 años de edad.
- c) Sea menor de 18 años en el caso de que no asista a una inst tución educativa acredita.
- 3). Ser padre o madre del Asegurado Titular que:
 - 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 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 Programa de Salud Vital y su cobertura fue terminada por cualquiera de las causas que se especifican en la Cláusula 3.6 Causas de Rescisión.

- 3.12 INDEPENDENCIA CONTRACTUAL. Queda expresamente establecido que el Asegurado gozará de plena libertad para asignar 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.
- 3.13 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 y de seguridad social que directa o indirectamente se derive o provenga del Proveedor, el Agente y la Compañía para con su personal.
- 3.14 REHABILITACIÓN. En caso de que los beneficios de este

Programa hubieren cesado por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, presentando 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.

3.15 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.

3.16 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, dichas modificaciones deberán constar en Endosos.

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

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

3.18 RESIDENCIA. Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar



protegidos por el Programa de Salud, las personas que radiquen legalmente y de manera permanente en la República Mexicana.

4. CLÁUSULAS PARTICULARES

- **4.1 DATOS DE INSCRIPCIÓN RECAS.** En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones e 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 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0011-2016.
- **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 atencionaclientes@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.generaldesalud.com.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, riesgo ocupacional o médico de cada uno de los Asegurados, 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 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 Programa, 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 Programa 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 o Médico, de acuerdo con las tarifas vigentes debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

B) Procedimientos 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 Programa 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 TERMINACIÓN 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 será renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del Contratante, dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza existente. El Asegurado podrá contar con Protección Vitalicia siempre y cuando la edad máxima de contratación en la Compañía sea a los 60 años de edad y permanezca con Cobertura vigente de manera ininterrumpida. 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 del Asegurado, riesgo ocupacional y/o médico, de acuerdo a los planes, clausulado, manual y tarifas que se encuentren vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Adicionalmente el Asegurado perderá el beneficio señalado en la Cláusula de Renovación a que se refiere el párrafo anterior, 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.

La primera y las ulteriores Renovaciones sucesivas 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 de expedición de la Póliza de renovación respectiva. Cada Renovación se considerará como un nuevo Contrato, autónomo e independiente del anterior. Una vez concluida la Vigencia de un Contrato, si las Condiciones de Aseguramiento se modifican, el Asegurado no podrá hacer valer los Derechos y Beneficios del Contrato anterior, ya que estos se extinguen con la terminación de su Vigencia.

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:

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

6.4 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. BENEFICIO MÁXIMO.

Es el límite máximo de responsabilidad que la Compañía cubrirá o reembolsará por cada Asegurado por año Póliza, dentro del Programa de Salud.

Mientras se renueve la Póliza, el Beneficio Máximo se reinstalará anualmente para todas las Coberturas y Beneficios.



8. COBERTURAS BÁSICAS.

8.1. PREVENCIÓN DE LA SALUD.

De conformidad al grupo de riesgo al que pertenezca cada uno de los Asegurados, se les otorgarán los siguientes servicios:

- 1. Campañas Educativas en el Mantenimiento de la Salud.
- 2. Detección oportuna de Cáncer de Mama (mamografía), cáncer cervicouterino (Papanicolaou), Cáncer de Próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), Cáncer de Colon y Recto (examen físico y prueba de sangrado microscópico en heces); Campañas de detección oportuna de Hipertensión Arterial, de Dislipidemias (determinación de Colesterol y Triglicéridos en sangre), de Diabetes Mellitus (glucemia en sangre).
- Estudios de detención oportuna para Adultos mayores de 50 años: Fosfatasa Alcalina, Transaminasa Glutámico Oxaloacética y Pirúvica
- 4. Educación y Planificación Familiar temporal (dispositivo intrauterino).

8.2. MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

El Mantenimiento de la Salud de los Asegurados, estará a cargo del Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la Red de Médicos Generales, Familiares, Médico Internista y Pediatras, así como Ginecólogos y Médicos Especialistas de acuerdo a su edad, quienes brindarán los siguientes servicios:

- Atención Médica en Consultorio del Médico de Cuidados Primarios.
- 2. Atención en Consultorio con Médicos Especialistas. El Contrato amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Ginecólogo que dada la característica de su especialidad, las pacientes no requieren dicha referencia.

El Copago para estos servicios se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza.

8.3. AYUDA DE MATERNIDAD.

Para esta Cobertura y sus Beneficios la Madre Asegurada deberá contar con un mínimo de diez meses de cobertura continua e ininterrumpida con General de Salud, Compañía de Seguros S.A. al momento del parto, cesárea o el inicio de la complicación del Embarazo. En caso de que la Póliza sea contratada de manera individual el periodo de espera será de trece meses.

8.3.1. PARTO, CESÁREA Y ÓBITO.

Quedarán cubiertos los gastos erogados a consecuencia del parto, la operación cesárea y óbito, incluyendo los honorarios médicosquirúrgicos hasta el beneficio máximo contratado particularmente para esta Cobertura que se especifica en la Carátula de la Póliza, sin aplicar Deducible ni Copago. 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 párrafo.

8.3.2. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Se cubren las complicaciones del Embarazo 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).

Para el caso exclusivo de las complicaciones se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el alta hospitalaria incluyendo los honorarios médicos-quirúrgicos con un límite del saldo del beneficio máximo contratado aplicando el Deducible y Copago contratados para la Cobertura de Hospitalización.

8.3.3. RECIÉN NACIDO.

El recién nacido tendrá los siguientes beneficios, siempre y cuando se dé el alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento, la Prima correspondiente se encuentre pagada y el parto haya sido cubierto por la cobertura de Ayuda de Maternidad:

- · Padecimientos Congénitos
- · Complicaciones del Recién Nacido.
- Eliminación de los períodos de espera especificados en la sección 9.2 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS.

Para este beneficio sólo se cubrirán los Gastos Hospitalarios incluyendo los honorarios médicos quirúrgicos con el Beneficio Máximo, Deducible y Copago contratados para la Cobertura de Hospitalización.

8.4. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.

Estos servicios incluyen:

 Consultas al Odontólogo con aplicación tópica de flúor en infantes.



- Profilaxis (limpieza) e instrucciones de higiene bucal.
- 3. Examen oral de diagnóstico y plan de tratamiento.
- 4. Radiografías Periapicales simples.
- 5. Curación y Obturación con Amalgamas o Resinas.
- 6. Extracciones simples, excepto terceros molares.
- 7. Drenaje de absceso.
- 8. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales indispensables a consecuencia de un accidente, amparado y cubierto por el programa, siempre y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido el accidente.

El Copago para estos servicios se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza.

8.5. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

 Servicios Auxiliares de Diagnóstico solicitados por el Médico Tratante, (Análisis de Laboratorio, Electrocardiogramas, Estudios de Rayos X e Imagenología, Histopatología, Estudios Audiológicos, Pruebas Respiratorias, Encefalogramas, Examen de la Vista e Isótopos Radioactivos).

El Copago para estos servicios se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza.

8.6. HOSPITALIZACIÓN.

Se consideran cubiertos los gastos que se ocasionen a consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparados por el programa, que provoque el internamiento del Asegurado en un Hospital o Sanatorio, incluyendo:

- 1. Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Asegurado:
 - representados por el costo de cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia.
- 2. Hospitalización no quirúrgica.
- 3. Hospitalización quirúrgica y Cirugía Ambulatoria.
- 4. Honorarios del Médico Tratante por consultas que reciba el Asegurado durante su hospitalización, en el Sanatorio u Hospital.
- Honorarios por intervención quirúrgica de Cirujanos y Ayudantes.
 Se cubrirán los HonorariosQuirúrgicos de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos vigentes de la Compañía en la plaza donde fue contratada la Póliza.

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 quirúrgicos establecido para cada una de éstas.
- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo Médico y en el mismo tiemp 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 máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la mismo incisión se requiere de un Cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 50% de lo tabulado para la cirugía principal.
- 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 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.
- 6. Honorarios del Anestesiólogo.
- Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos requeridos por el paciente durante su estancia en el Hospital.
- Sala de operaciones, terapia intensiva, intermedia y de recuperación.
- 9. Consumo de oxígeno.
- 10. Transfusiones de sangre o elementos de la misma que se requieran.



- 11. Servicio de Urgencias las veinticuatro horas.
- 12. Planificación Familiar definitiva (Vasectomía y Salpingoclasia).
- 13. Enfermera Extrahospitalaria de Cuidados Especiales legalmente autorizada para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el Médico Tratante, con un límite máximo de treinta días naturales por padecimiento por vigencia.
- Compra o renta de aparatos especiales ortopédicos, excepto la reposición de aquellos aparatos ortopédicos ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
- 15. Medicina Física y de Rehabilitación, cuando sea considerado indispensable por el Médico Tratante, con un límite máximo de sesenta sesiones por padecimiento por vigencia.
- Tratamiento con Terapia Radioactiva, Quimioterapia e Inhaloterapia.
- 17. Renta de equipo para recuperación, con un límite máximo de sesenta días por padecimiento por vigencia.
- 18. Transporte en Ambulancia Terrestre, cuando el Médico Tratante así lo requiera, previa autorización de la Compañía.
- 19. Por Accidente o Enfermedad, gastos de prótesis ortopédicas, mamarias, oculares, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis, con un costo máximo unitario equivalente a 38 Salarios Mínimos Mensuales Generales Vigentes del Distrito Federal. Excepto la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del Accidente o Enfermedad.
- 20. Tratamiento quirúrgico de nariz o senos paranasales que sean originados por Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia de la Póliza, esté cubierto por el programa.
- 21. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de Accidente o Enfermedad, siempre y cuando éste haya sido cubierto por el programa y se dictaminen dentro de los siguientes treinta días naturales de ocurrido el evento.
- 22. Se cubrirán las Consultas Homeopáticas siempre y cuando sean otorgadas por un Médico Homeópata con Título Profesional.
- 23. 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 Título Profesional, previa autorización de la Compañía.
- 24. Ayuda de Medicamentos, la Compañía cubrirá, previa autorización expresa por escrito, los medicamentos requeridos para el el tratamiento extrahospitalario de los siguientes padecimientos que por su evolución natural, complejidad o complicación demande un manejo que eleve el costo de su atención y que sean amparados por esta cobertura:

- Cáncer y Leucemia
- Evento Vascular Cerebral
- Infarto Agudo al Miocardio
- Insuficiencia Renal Crónica
- Esclerosis Múltiple
- Pérdida de Miembros
- Injerto Aórtico
- · Diabetes Mellitus
- · Hipertensión Arterial Sistémica
- Dislipidemias
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Las Condiciones bajo las cuales se pagará esta Cobertura son las siguientes:

- 24.1. Es necesario que el Asegurado esté en control de su padecimiento con los Proveedores de la Red Médica de la Compañía. En caso de que el Asegurado haga caso omiso al control de su padecimiento, la Compañía se reserva el derecho de cesar esta Cobertura.
- 24.2. Los Medicamentos serán cubiertos una vez que se establezca el Diagnóstico definitivo y deberán ser por un mismo padecimiento, éstos se pagarán a partir del primer peso que rebase dos Salarios Mínimos Mensuales Generales Vigentes en el Distrito Federal, mismos que se descontarán con cada nuevo padecimiento o renovación de Póliza.
- 24.3. Procederá vía reembolso, salvo aquellos casos que la Compañía determine como Pago Directo.
- 24.4. El Copago aplicará sin excepción alguna y de acuerdo a la siguiente tabla:

Copago

El 30 % del total de la factura por Medicamentos de Patente.

- El 15% del total de la factura por Medicamentos Genéricos Intercambiables.
- 25. Se pagarán los Medicamentos durante los primeros treinta días posteriores a una intervención quirúrgica cubierta prescritos por el médico tratante para el tratamiento y mejoría del Asegurado, relacionados con la intervención quirúrgica practicada, siempre y cuando se acompañen de la receta. El Copago aplicará sin excepción alguna y de acuerdo a la siguiente tabla:

Copago

El 30 % del total de la factura por Medicamentos de Patente.

- El 15% del total de la factura por Medicamentos Genéricos Intercambiables.
- El Beneficio Máximo y los Copagos para esta Cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.



9. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

9.1. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES:

Para los efectos de este Contrato se contemplan como tales, los gastos por tratamiento Médico Quirúrgico para Planificación Familiar definitiva (Vasectomía y Salpingoclasia); así como los indicados en las demás Coberturas.

9.2. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS:

Los gastos por tratamiento médico o quirúrgico de: Amígdalas y/o Adenoides; Padecimientos Anorrectales; Cirugía Funcional de Nariz o Senos Paranasales en caso de Enfermedad, previa valoración y autorización de la Compañía; Circuncisión; Litiasis del Aparato Genitourinario; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos del Piso Perineal, Trastornos del Aparato Reproductor Femenino, Trastornos del Aparato Reproductor Masculino; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías Biliares; Tumoraciones Mamarias(benignas y/o malignas); Insuficiencia Venosa; Padecimientos de Rodilla.

9.3. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS.

El Diagnóstico y Tratamientos para el VIH Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, quedarán cubiertas a partir del quinto año de vigencia continua e ininterrumpida, siempre y cuando el virus no haya sido detectado antes o durante este periodo.

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

9.4. ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE.

Se eliminan los Periodos de Espera en caso de Accidente Cubierto.

9.5. 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 Programa de acuerdo a lo estipulado en este Contrato, la Compañía arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del evento.

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 "INFOSALUD" (Información del Programa de Salud) proporciona son:

- Orientación Médica y Administrativa de Urgencia, las 24 horas los 365 días del año.
- Selección, verificación o cambio de Médicos de Cuidados Primarios en horas y días hábiles.
- 3. Información Administrativa.
- 4. Encuestas de Servicio a Clientes.
- 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, en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

10.3. LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS.

La Compañía proporciona a sus Asegurados la libertad de elegir entre su cuadro de Médicos de Cuidados Primarios, el que mejor se acomode a sus necesidades y preferencias.

10.4. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD GENERADA EN OTROS PROGRAMAS O COBERTURAS DE SALUD SIMILARES.

Este Beneficio reconoce la antigüedad, a los Asegurados que hayan estado cubiertos por una Póliza de Gastos Médicos o un Programa de Salud similar o afín al de la Compañía, por un período 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 Puntos 9.1 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES y 9.2 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS.

Este Beneficio no aplica para el reconocimiento de antigüedad de la Maternidad ni del VIH Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tampoco implica la aceptación de los Padecimientos Preexistentes.



Para realizar el trámite de Reconocimiento de Antigüedad en necesario presentar la Carta de la Aseguradora anterior o la Carátula de la Póliza, el Certificado Individual y el último recibo de pago, este Beneficio se podrá otorgar siempre y cuando se solicite dentro de los primeros 30 días en la Compañía.

10.5. DESCUENTO DE COPAGO EN HOSPITALIZACIÓN.

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital en Territorio Nacional clasificado en un Círculo hospitalario inferior al contratado, se descontarán el porcentaje indicado en la Caratula de la Póliza al Copago contratado.

11. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO.

11.1 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 Programa de acuerdo a lo estipulado en este Contrato, la Compañía arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del evento.

12. EXCLUSIONES DEL PROGRAMA.

El Programa no cubre los gastos que se originen por:

- 1. Tratamientos no necesarios para el Mantenimiento y Cuidado de la Salud.
- 2. Exámenes para extensión de Certificados de Salud.
- 3. Vacunas específicas para el tratamiento de alergias.
- 4. Vacunas y su aplicación, excepto las amparadas en la cobertura 13.3 Cobertura de Inmunizaciones Básicas, siempre y cuando se encuentre contratada dicha Cobertura y se mencione en la Carátula de la Póliza.
- 5. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Asimismo, se excluye el terrorismo cuando el Asegurado

- participa como sujeto activo del mismo.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.
- 7. Servicios Médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.
- 8. Padecimientos o lesiones por Accidente o Enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.
- 9. Los Accidentes o Enfermedades que sufra el Beneficiario, Asegurado o afectado, 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.
- 10. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 11. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza.
- 12. Gastos erogados por concepto de Recién Nacido Sano.
- 13. 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 programa, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.
- 14. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- 15. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis



existentes al inicio de Vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.

- 16. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- 17. La adquisición de prótesis no funcionales.
- 18. 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 en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico.
- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y trasplantes cornéales).
- 20. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, obesidad o dietéticos y sus complicaciones, así como el tratamiento médico o quirúrgico de endometriosis y aquellos de carácter estético o plástico, excepto lo mencionado en la sección 8 "Coberturas Básicas".
- 21. Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.
- 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.
- Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa.
- 24. Apoyos Diagnósticos, Tratamientos Médicos o

- Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.
- 25. Diagnóstico y tratamiento para el VIH Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complicaciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cubiertos con Período de Espera de cinco años.
- 26. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones excluidas en este Programa.
- 27. Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.
- 28. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Asegurado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el Endoso correspondiente que los incluya.
- 29. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes como: alpinismo, box, lucha libre o greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.
- 30. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- 31. 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 v autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.



- 32. Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos. Anorexigénicos, **Estudios** Diagnósticos Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, Hormona del Crecimiento, Vitamínicos. **Complementos** Compleios Alimenticios, Fórmulas Lácteas y derivados o complementos, Productos de Higiene personal, aquellos que no estén autorizados por la Secretaría de Salud y todos aquellos medicamentos que se utilicen para el tratamiento de los padecimientos y enfermedades no cubiertos por el Programa.
- 33. Pruebas de compatibilidad.
- 34. En caso de trasplantes de órganos, gastos erogados en el estudio de los posibles donadores así como las complicaciones y secuelas del donante.
- 35. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en Clínica, Sanatorio u Hospital, así como aquellos efectuados por el propio que no tengan relación con el motivo del internamiento.
- 36. Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol como lo son: tiras reactivas para la determinación de glucosa, estetoscopios, baumanómetros, básculas, termómetros de uso personal, etc., siendo estos algunos ejemplos enunciativos más no limitativos.
- 37. Ambulancia Aérea. Salvo lo contemplado en la cobertura de "Asistencia Internacional en Viaje".
- 38. Material de curación para pacientes fuera de Hospital.
- 39. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodentales, endodontales, excepto aquellos servicios contratados y cubiertos por el Programa. Dichos servicios solo 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.

- 40. Implantes dentales de cualquier tipo.
- 41. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético por padecimientos o alteraciones de la articulación temporomandibular.
- 42. Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene buco-dental tales como: cepillos e hilo dental, pastillas o productos reveladores de placa, enjuagatorios, productos para blanqueamientos dentales, etc., siendo éstos algunos ejemplos enunciativos más no limitativos.

13. COBERTURAS ADICIONALES

Estas Coberturas están a disposición de nuestros Asegurados para aumentar sus beneficios:

13.1. ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE (Aplicable sólo 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 la Compañía, mediante servicios que brindará a través de una tercera empresa.

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 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 adelanto en efectivo por emergencia. La fuente de los fondos es responsabilidad del Beneficiario.

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.
- 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.
- 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.
- 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.

13.2. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la Carátula de la Póliza).

Mediante la obligación del pago de esta Cobertura, la Compañía reembolsará las erogaciones realizadas por el Asegurado o sus dependientes, originadas por una Emergencia en el Extranjero a consecuencia de un Accidente o Enfermedad.

La edad máxima de renovación para esta Cobertura será de 69 años cumplidos.

A) COBERTURAS Y BENEFICIOS

1. BENEFICIO MÁXIMO: El Beneficio Máximo de esta Cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta mil dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica. El deducible para esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

El Beneficio Máximo que corresponde a esta Cobertura es independiente del contratado en cualquier otra y será el 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: Cualquier alteración de la salud del Asegurado, que suceda, se origine o se

manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje, a través de síntomas agudos de tal severidad que requieran atención médica de inmediato, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal.

La Emergencia, así como los efectos de esta Cobertura terminan cuando se estabilice 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 Programa de Salud.

Por concepto de habitación, quedará cubierta la tarifa correspondiente a "cuarto semiprivado".

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 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.
- 13.3. COBERTURA DE INMUNIZACIONES.(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la Carátula de la Póliza)



Mediante la obligación del pago de esta Cobertura, la Compañía cubrirá:

- Las siguientes Inmunizaciones básicas para menores de cinco años: Polio, DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos), Sarampión y BCG (Tuberculosis), SRP (Triple Viral: Sarampión, Rubéola y Parotiditis), Hexavalente (DPT, Polio, Hepatitis B y HIB), Neumococo e Influenza.
- Inmunizaciones para colectividades de riesgo: SR (Sarampión y Rubéola), Td (Toxoide Tetánico y Diftérico).

El beneficio máximo para esta cobertura se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza.

13.4. COBERTURA DE ESTUDIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS.(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la Carátula de la Póliza).

Mediante la obligación del pago de esta Cobertura, la Compañía cubrirá los siguientes estudios para los adultos mayores a 50 años: Examen de Osteoporosis, Electrocardiograma en Reposo, Radiografía de Toraxpostero anterior y Creatinina sérica.

El Beneficio Máximo y el Copago para esta Cobertura se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza.

13.5. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE PENALIZACIÓN POR CAMBIO DE ZONA. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza).

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 Copago adicional señalado en el apartado 14.2 Penalizaciones, en lo concerniente al cambio de Zona contratada.

14. INDEMNIZACIONES 14.1 COPAGOS.

Los Afiliados pagarán los Copagos al momento de recibir los Servicios y Beneficios contratados en la Póliza, en caso de reembolso el Copago será deducido de la Indemnización. Una lista de estos se especifica en la Carátula de la Póliza. En caso de no cumplir con este requisito, será motivo para rescindir su Cobertura Familiar. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

14.2 PENALIZACIONES. Las penalizaciones que se aplican son las siguientes:

- Si el Asegurado decide acudir a un Hospital en Territorio Nacional clasificado en un Círculo Hospitalario superior al contratado, participará invariablemente con veinte puntos porcentuales adicionales al Copago contratado, por cada nivel que ascienda, sobre los gastos de hospitalización, además quedará sin efecto el tope de Copago.
- En caso de que el Asegurado se atienda en un Hospital de una Zona superior a la contratada, el Copago contratado se incrementará de acuerdo a la tabla anexa a la Póliza, la cual forma parte de este Contrato. Este incremento de Copago es independiente del que pudiera operar por la utilización de hospitales clasificados en un nivel superior al contratado y en caso de proceder los dos, se aplicarán ambos incrementos, además quedará sin efecto el tope de Copago.

14.3 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 Programa de Salud Vital. 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.

Invariablemente el Asegurado deberá pagar al prestador del servicio, el Copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud Vital contratado, (ver Póliza correspondiente).

Médicos.- La Compañía cubrirá al profesional los honorarios establecidos previamente; el Asegurado será responsable de cubrir al proveedor el Copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud Vital contratado.

Hospitales.- La Compañía liquidará directamente al Hospital los gastos que sean cubiertos por el Programa descontando previamente el Deducible y calculando el Copago contratado sobre el remanente del gasto conforme lo especificado en la Carátula de la Póliza, observando que para que un Asegurado del Programa de Salud Vital ingrese al hospital, deberá presentar una Referencia o Autorización Previa del Programa de Salud, 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 Aseguradoh haya incurrido en gastos no cubiertos por el programa de Salud, será responsabilidad de éste liquidarlos.

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

Servicios Auxiliares de Diagnóstico.- 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 Programa de Salud Vital, debiendo presentar la orden de servicio y credencial; el Asegurado, por su parte solo cubrirá al proveedor el Copago que corresponda de acuerdo al Programa de Salud Vital contratado. Para este beneficio no opera el Deducible contratado.

Medicamentos Intrahospitalarios: La Compañía liquidará al Proveedor Hospitalario el monto exclusivamente por Medicamentos prescritos por el Médico Tratante dentro del Hospital, quedando a cargo del Asegurado el importe del Copago contratado para hospitalización correspondiente de acuerdo al Programa de **Salud Vital** contratado.

Los gastos incurridos con Proveedores no participantes en el Programa de **Salud Vital**, 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.

14.4 SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Este sistema de pagos es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Programa de **Salud Vital** 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 tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de Indemnización.

El Pago por Reembolso se hará, sólo en los casos donde se justifique que los servicios prestados por Proveedores fuera de convenio, fueron utilizados debido a causas de urgencia, donde el estado de salud del Asegurado no le permitió llegar a un Proveedor Participante o EL PROVEEDOR no le haya brindado la atención necesaria previstos en este Contrato, por saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

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 Copagos 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 del Beneficio Máximo contratado.

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 Programa de Salud Vital 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 requisitada, 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, requisitado 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, Anestesistas 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 presentar un Informe Médico y un 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 respectivo de la Compañía y el costo del servicio que le preste el Médico.

En aquellos casos en que el Asegurado acuda con Médicos fuera de la Red de Proveedores de Servicios, la Compañía quedará liberada de toda Responsabilidad Civil presente o futura, en relación a la atención médica, hospitalaria, de enfermeras y ayudantes, farmacias, medicamentos, laboratorios, ambulancia y todo lo que se encuentre fuera de los servicios que proporciona la Compañía a través de sus Redes de Proveedores.

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.

14.5 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 de Fianzas.

14.6 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 las Coberturas de Asistencia Internacional en Viaje y 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.



14.7 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.

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 25 de febrero de 2016, con el número CNSF-H0707-0055-2015/CONDUSEF-000687-01 y a partir del 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0011-2016.