Micro Recupera

Individual

Seguros Médicos

Condiciones Generales

GENERAL DE SALUD

Índice

Artículo 1° Disposiciones Fundamentales 5
Artículo 2° Claúsulas Particulares 5
1. Datos de Inscripción Recas
2. Medios de Identificación
3. Información para Operaciones
4. Preceptos Legales
5. No Discriminación
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)

Artículo 3º Vigencia 7
Artículo 4° Personas Asegurables. 8
Artículo 5° Opción de Continuidad en el Seguro 8
Artículo 6º Renovación Automática 9
Artículo 7° Definiciones 9
Artículo 8° Requisitos de Asegurabilidad 11
Artículo 9º Riesgo Cubierto 11
Artículo 10° Alcance Territorial de la Cobertura 12
Artículo 11° Periodo de Espera 12
Artículo 12° Cálculo de Primas 12
Artículo 13° Periodo de Gracia para el Pago de Primas . . 12
Artículo 14° Lugar de Pago 13
Artículo 15° Rehabilitación 13
Artículo 16° Causas de Rescisión 13
Artículo 17° Subrogación de Derechos 14
Artículo 18º Segunda Opinión Médica 15
Artículo 19º Competencia 15
Artículo 20° Facultad del Contratante para Solicitar Información Respecto a la Comisión o Compensación Directa 16
Artículo 21º Exclusiones Generales 16
Artículo 22º Información que debe Proporcionarse a la Aseguradora 20
Artículo 23º Comprobación de la Edad de los Asegurados 20
Artículo 24º Pluralidad de Seguros 21
Artículo 25° Duplicado y Copias de Póliza y de Certificados 21
Artículo 26° Preautorización de Indemnización 22
Artículo 27° Impuestos, Tasas y Contribuciones 22
Artículo 28° Moneda de Pago 22
Artículo 29° Prescripción 23

Artículo 30° Modificaciones 23
Artículo 31° Notificaciones 24
Artículo 32° Independencia Laboral 24
Artículo 33° Establecimiento de Atención Médica 24
Artículo 34º Plazo de Revisión del Siniestro 25
Artículo 35º Pago de Indemnizaciones 25
Artículo 36º Omisiones o Inexactas Declaraciones 27
Artículo 37° Red de Proveedores 28
Artículo 38° Preexistencia 28
Artículo 39° Arbitraje 29
Artículo 40º Indemnización por Mora 29
Artículo 41º Agravación de Riesgo 30

Cobertura Básica de Intervenciones Quirúrgicas 30
1°) Riesgo Cubierto 30
2°) Beneficio 31
3°) Caracter del Beneficio 32
4°) Elección del Establecimiento de Atención Médica 32
5°) Modificaciones o Actualizaciones de la Cobertura 32
6°) Solicitud de Beneficios 33
7°) Exclusiones 33

Cobertura Básica de Intervenciones Quirúrgicas 35
- Listado de 9 Intervenciones Quirúrgicas
  Base para Todos los Afiliados 35
- Listado de Intervenciones Quirúrgicas
  Según Sexo del Afiliado 38

Artículo 1°) DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

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

Al celebrarse el contrato, se entregará al Asegurado un ejemplar de la Póliza y de las Condiciones Generales.

Artículo 2°) CLÁUSULAS PARTICULARES

1. DATOS DE INSCRIPCIÓN RECAS

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-H0707-0006-2016.

2. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso

de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

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

3. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

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

4. PRECEPTOS LEGALES

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

5. NO DISCRIMINACIÓN

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones,

estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

6. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. al teléfono 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.condusef.gob.mx

Artículo 3°) VIGENCIA

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

indicada en la carátula de póliza como inicio de vigencia y culmina al aniversario de la misma.

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

Artículo 4°) PERSONAS ASEGURABLES

a) Personas físicas en forma individual o en carácter de titular de su grupo familiar y el respectivo grupo familiar siempre que posean una edad igual o menor a los 64 años.

b) Los nuevos miembros de familia, por matrimonio o nacimiento, serán retroactivamente incorporados al seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso y desde la fecha de nacimiento, en el segundo, siempre y cuando la Aseguradora sea informada por escrito por el Contratante, dentro de los treinta días posteriores al matrimonio o nacimiento. Las incorporaciones por matrimonio quedarán sujetas al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad fijados para la presente póliza.
En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, la Aseguradora analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez que se cumplan los requisitos de asegurabilidad requeridos.

Artículo 5°) OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge e hijos, podrán continuar con la/s cobertura/s en las mismas condiciones pactadas a su inicio. En todos los casos, estas opciones

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

Artículo 6°) RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
Esta Póliza se renovará de manera automática al término de cada vigencia y solamente se podrá cancelar por aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la prima. La edad máxima de renovación será hasta los 69 años cumplidos.

En cada renovación General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. calculará las primas de acuerdo a los planes y tarifas que se encuentren vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El asegurado perderá el beneficio señalado en la cláusula de renovación a que se refiere el párrafo anterior, si la Aseguradora comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 36 “OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES” de estas condiciones generales.

Artículo 7°) DEFINICIONES
Se entiende por:

a) ACCIDENTE:
Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que provoque lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellas cuyas primeras

complicaciones o gastos ocurran después de los treinta días naturales siguientes a la fecha del accidente.

b) **ASEGURADO:**
Persona física expuesta al riesgo.

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

d) **ASEGURADO FAMILIAR:**
A los integrantes del grupo familiar primario del Asegurado Titular que se enumeran a continuación:
d.1. Cónyuge del Asegurado Titular que conviva con el mismo. El cónyuge podrá incorporarse al seguro hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Generales del contrato o en su caso con lo establecido en las Condiciones Particulares de cada una de las coberturas básicas contratadas. Se asimila a la condición de cónyuge al de concubina y/o el concubinario del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio o hubiere procreado hijos con el mismo.
d.2. Hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado titular, y a los hijos adoptivos del Asegurado Titular.

e) **CONTRATANTE:**
A la persona física o moral, cuya solicitud de seguro ha aceptado la Aseguradora con base en los datos e informes proporcionados por ella, quien por lo tanto, suscribe el contrato

de seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al asegurado.

f) **ENFERMEDAD CUBIERTA:**
Es aquella enfermedad cuyo origen se determina dentro del período de vigencia de esta póliza.

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

h) **PERIODO DE ESPERA:**
Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua para cada Asegurado de la Póliza, para que se puedan cubrir ciertos padecimientos indicados en Coberturas y Beneficios.

i) **PRIMA NO DEVENGADA:**
La porción de la prima que representa la cobertura de la póliza que faltare por transcurrir hasta el término de la vigencia del contrato.

Artículo 8°) REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD
En forma previa a la aceptación de la cobertura que contempla esta Póliza, el Asegurado deberá realizar los exámenes médicos que la Aseguradora le solicite para tal efecto.

Artículo 9°) RIESGO CUBIERTO
La Aseguradora se compromete al pago de los beneficios estipulados en las coberturas que hubieren sido contratadas

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

Artículo 10°) ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA
El alcance territorial de las coberturas será tanto en Territorio Nacional como en el Extranjero siempre que se cumpla con los requisitos que establece el Artículo 35 “PAGO DE INDEMNIZACIONES” de las presentes Condiciones.

Artículo 11°) PERIODO DE ESPERA
Cada uno de los beneficios previstos en las Coberturas tiene su Periodo de Espera, basado en las características propias de las mismas. Dichos periodos se consignan en las Condiciones Particulares de cada cobertura.

Artículo 12°) CÁLCULO DE PRIMAS
El importe a pagar por el Contratante resultará de sumar las primas individuales de cada asegurado que correspondan a las Coberturas básicas que se hayan contratado más los gastos de expedición, impuestos y tasas aplicables.

Artículo 13°) PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS
Esta póliza gozará de un periodo de gracia de 30 treinta días naturales para el pago de la prima y en el caso de seguros con periodicidad menor a un año,

dicho periodo de gracia podrá ajustarse proporcionalmente a la vigencia de la póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo. La prima vence a partir del inicio de vigencia de la póliza.

Artículo 14°) LUGAR DE PAGO
Los pagos deberán realizarse en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. contra la entrega del recibo correspondiente. Las direcciones de dichas oficinas se incluyen en la información entregada al asegurado, la cual forma parte integral de la póliza.

Artículo 15°) REHABILITACIÓN
En caso de que los beneficios de esta póliza hubieren cesado por falta de pago de las primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, requisitando el formato correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. la aprobación de la misma, en cuyo caso su vigencia iniciará a partir del momento en que se determine rehabilitada dicha póliza, sin que se altere la fecha de término de vigencia establecida al momento de la contratación.

Artículo 16°) CAUSAS DE RESCISIÓN
El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

En caso de no hacerlo la compañía podrá rescindir de pleno derecho el presente contrato, cuando se verifiquen o tenga conocimiento de las siguientes causas, aunque no influyan en la realización de algún gasto por las coberturas amparadas: Por cualquier omisión o inexacta declaración del Contratante o Asegurados, aunque no hayan influido en la realización del riesgo.

En caso de que el Contratante o Asegurados, con el fin de hacer incurrir en el error a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. disimulen o declaren inexactamente hechos que puedan excluir o restringir las obligaciones plasmadas en estas Condiciones Generales. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada para la valoración de los antecedentes, desarrollo y atención del riesgo asegurado.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. comunicará por escrito al Contratante o Asegurados, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de las omisiones o inexactas declaraciones.

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

Artículo 17°) SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos que trata este Título. General de Salud, Compañía de

Seguros, S.A. podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros en razón del accidente o alteración de la salud del asegurado, que haya originado la afectación de alguna de las coberturas amparadas por esta póliza.

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

Artículo 18°) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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

Artículo 19°) COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

Artículo 20°) FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA
Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Artículo 21°) EXCLUSIONES GENERALES

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

a) **Intento de suicidio del Asegurado;**
b) **Si el padecimiento, lesión o accidente es provocado deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;**
c) **Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; debidamente determinada por Autoridad competente,**

como conducta excluyente de responsabilidad.

d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

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

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

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

h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña o cualquier otra prueba análoga;

i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad o en justas hípicas, charrería o cualquier otra prueba análoga;

11. Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles

y otros vehículos de propulsión mecánica, eléctrica, otras;

12. Manejo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas;

13. De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al VIH. A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá VIH, encefalopatía (demencia), VIH Síndrome de Desgaste y Condición Relacionada con el SIDA. Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía por pneumosistis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas

de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida;

14. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
15. Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
16. No se cubrirán padecimientos o enfermedades preexistentes declaradas o no cuyos síntomas se hayan presentado antes del inicio de vigencia de la póliza.
17. Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad se produjo antes de la entrada en vigor de la póliza;
18. Cirugía estética o plástica no reconstructiva;
19. Métodos quirúrgicos para adelgazar;
20. Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo;
21. Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional, pandemia, epidemia (VIH, fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus etc.);
22. Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico;
23. Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo relacionado;

24. **Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez; tratamientos de fertilización asistida;**
25. **Tratamiento odontológico;**
26. **Consecuencias de heridas autoinfringidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de enajenación mental;**
27. **Problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina o mal funcionamiento sexual.**
28. **Quedan excluidos los padecimientos congénitos.**

Artículo 22°) INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONARSE A LA ASEGURADORA

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

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

Artículo 23°) COMPROBACIÓN DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS

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

La Aseguradora podrá solicitar en cualquier momento y por única vez, documentos que comprueben la edad de los Asegurados inscritos. Una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente para efectos de cumplir con la edad máxima de aceptación y renovación o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

Artículo 24°) PLURALIDAD DE SEGUROS
Cada asegurado podrá contratar una sola póliza de este producto. En caso de que existiera una pluralidad de cobertura la Aseguradora considerará válido únicamente el seguro vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas durante el periodo que estuvo asegurado el riesgo bajo la póliza de menor suma.

Artículo 25°) DUPLICADO Y COPIAS DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS
En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante y/o el Asegurado podrán obtener la sustitución por un duplicado fiel a la póliza o certificados originales.

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

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

Artículo 26°) PREAUTORIZACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización objeto de este contrato, podrá ser cubierto a favor de Hospitales y Establecimientos de Atención Médica y/o Profesionales Médicos, por medio de pago directo en los casos en que, por sus características, el evento objeto de este contrato pueda ser programado con antelación, previa solicitud del Asegurado siempre que se cumpla con los requisitos que establece el Artículo 35 "PAGO DE INDEMNIZACIONES" de las presentes Condiciones. General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. emitirá una carta al Establecimiento de Atención Médica que avalará el pago hasta por el monto establecido de acuerdo a los beneficios cubiertos por la póliza. En todos los casos, el pago se efectuará después de afectarse la cobertura objeto de este seguro.

Artículo 27°) IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

Artículo 28°) MONEDA DE PAGO

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

Artículo 29°) PRESCRIPCIÓN
Todas las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en dos años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización de un siniestro, desde el día en que haya llegado de conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 30º) MODIFICACIONES
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previa solicitud por escrito del Contratante y la aceptación expresa de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. Dichas modificaciones deberán constar por escrito en el Endoso debidamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra

persona no autorizada específicamente por General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

Artículo 31º) NOTIFICACIONES
Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en la carátula de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 32º) INDEPENDENCIA LABORAL
Queda expresamente establecido que entre el Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., no existirá ninguna relación laboral, ni de ninguna otra índole, asumiendo por consiguiente todas y cada una de las obligaciones y responsabilidades que como patrón o empleador le corresponden, a cada uno, respecto de su personal. Cada parte es responsable por sus propios actos. El anterior criterio es aplicable para cualquier responsabilidad laboral, mercantil y de seguridad social que directa o indirectamente se derive o provenga del Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. para con su personal.

Artículo 33°) ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA:
El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de atención médica o Institución de Salud legalmente registrado

y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, etc.), para dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

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

Artículo 34°) PLAZO DE REVISIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de haber recibido del Asegurado o Beneficiario o Contratante, el aviso y la documentación, a que se refiere el Artículo 35 de las Condiciones Generales del contrato, para determinar la procedencia de la reclamación, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Artículo 35°) PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurado deberá llenar y firmar el Aviso de Accidente o Enfermedad, éste será entregado a la Aseguradora junto con los documentos necesarios para comprobar fehacientemente la realización del procedimiento de que se trate, dentro de las primeras cuarenta y ocho

horas después de haberse realizado la afectación de cualquiera de las coberturas amparadas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

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

a) Aviso de Accidente o Enfermedad, requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular cuando se trate de menores de edad.
b) Informe Médico de General de Salud, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado. Dentro del armado de su póliza encontrará dicho formato, el cual puede fotocopiar tantas veces como sea necesario.
c) Historia Clínica elaborada por el médico que atendió al Asegurado en la cual se estipule claramente la antigüedad del padecimiento o enfermedad, así como el diagnóstico que dio origen a la intervención quirúrgica.
d) La Aseguradora podrá efectuar las comprobaciones necesarias para verificar la procedencia del siniestro, por lo que corresponde al Asegurado facilitar la información que para tal efecto requiera la Aseguradora, así como autorizar a su Médico Tratante y lugares de atención médica en que fue atendido, para que los mismos

proporcionen a los Médicos de la Aseguradora toda la información requerida para efectos de dicha cobertura, misma que será manejada confidencialmente.

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

f) Las atenciones en Hospitales del Sector Salud Público, deberán de acompañarse de un informe completo de la atención médica proporcionada, firmada por el médico tratante y avalada por el Subdirector o Director Médico de la Institución. Recuerde que es su derecho solicitar dicho informe.

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

El pago de la indemnización por parte de la Aseguradora, deberá efectuarse dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente integrada.

El comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato, en los términos que establezca el mismo contrato.

Artículo 36º) OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., de acuerdo

con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato. En caso de no hacerlo La Compañía podrá rescindir el Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos en estos documentos facultará a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no influyan en la afectación de alguna de las coberturas amparadas.

Artículo 37º) RED DE PROVEEDORES
Los asegurados tendrán la posibilidad de atenderse tanto en la red de Hospitales que tengan convenio con la Aseguradora como de manera abierta en hospitales Privados y Sector Salud.

Artículo 38º) PREEXISTENCIA
La Aseguradora podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el

asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Artículo 39º) ARBITRAJE

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

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

Artículo 40º) INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de mora, la Institución de seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario

una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

Artículo 41º) AGRAVACIÓN DE RIESGO
En caso de que el Asegurado cambie de ocupación, éste deberá informar a la Compañía por escrito dentro de los quince días siguientes al cambio de ocupación. De no cumplir con lo anterior, se considerará que existe una agravación del riesgo y La Compañía quedará liberada de pagar la indemnización.

COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

1°) RIESGO CUBIERTO
La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas contempladas en el Listado de Beneficios que se detallan a continuación y que forman parte integrante de la presente, y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en las Condiciones de esta cobertura y durante su vigencia del Contrato. No se cubrirán, enfermedades, accidentes o padecimientos preexistentes declarados o no a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.

Se contemplan 9 Intervenciones Quirúrgicas Base para todos los afiliados sin importar el sexo más 1 sólo para el Sexo Masculino y 1 sólo para el Sexo Femenino.

Se establece para esta cobertura básica, un período de espera de sesenta (60) y de trescientos (300) días, contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado para el caso de intervenciones quirúrgicas por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado Individual debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente.

2°) BENEFICIO

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

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones amparadas por una o varias vías, cada una se indemnizará de acuerdo a la suma asegurada para cada intervención. Las reintervenciones generadas por complicaciones súbitas o imprevistas serán indemnizadas de acuerdo a la suma asegurada contratada en la póliza.

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

3°) CARÁCTER DEL BENEFICIO
Esta cobertura básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

4°) ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA
El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de Atención Médica o Institución de Salud legalmente registrado y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, etc.) para dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

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

5°) MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE LA COBERTURA
En cada aniversario de la Póliza, las condiciones de renovación serán las que se encuentren vigentes en ese momento. Si después de la entrada en vigencia de la presente cobertura se acordara un aumento en el monto de las coberturas aseguradas o alguna extensión de cobertura del seguro a miembros de familia, tales aumentos o extensiones

estarán sujetos a los períodos de espera previstos en la póliza, salvo pacto en contrario.

6°) SOLICITUD DE BENEFICIOS

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

7°) EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo 21 de las Condiciones Generales del Contrato, la Aseguradora no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

a) Enfermedades, padecimientos, secuelas o complicaciones de lesiones preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.

b) Enfermedades o padecimientos congénitos.

c) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de espera de 60 o 300 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado. El período de

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

d) Operaciones de Miopía, Astigmatismo y similares.

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

COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

LISTADO DE 9 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS BASE PARA TODOS LOS AFILIADOS

NO.	MÓDULO	NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	SUMA ASEGURADA	PERIODOS DE ESPERA
			***OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS**		
			OPERACIONES EN LA AMÍGDALAS, ADENOIDES Y FARÍNGES		
1	BVM4	03.13.01	AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA (CIRUGÍA DE ANGINAS)	$2,500	60

			***OPERACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR**		
			CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA		
2	BVM00	07.02.09	DERIVACIÓN BY PASS - CORONARIO ÚNICO, DOBLE (PUENTE CORONARIO)	$40,000	300

NO.	MÓDULO	NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	SUMA ASEGURADA	PERIODOS DE ESPERA
			***OPERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN**		
			OPERACIONES EN LA PARED DEL ABDOMEN, PERITONEO		
3	BVM3	08.02.03	HEMIPLASTÍA (INGUINAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, UMBILICAL) UNILATERAL O BILATERAL (CIRUGÍA DE HERNIA)	$5,000	60
			OPERACIONES DE COLON Y RECTO		
4	BVM2	08.05.24	APENDICECTOMÍA (CIRUGÍA DE APÉNDICE)	$10,000	60
			OPERACIONES EN EL ANO		
5	BVM3	08.06.06	HEMORROIDEICTOMÍA CON O SIN FISURA ANAL (EXTIRPACIÓN DE HEMORROIDES)	$5,000	60

NO.	MÓDULO	NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	SUMA ASEGURADA	PERIODOS DE ESPERA
			OPERACIONES EN VÍAS BILIARES		
6	BVM2	08.07.08	COLECISTECTOMÍA (CIRUGÍA DE VESÍCULA)	$10,000	60
			***OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO**		
			ARTROPLASTÍA		
7	BVM1	12.10.01	ARTOPLASTÍA DE CADERA (CIRUGÍA DE CADERA)	$15,000	300
8	BVM2	12.10.02	ARTOPLASTÍA DE RODILLA (CIRUGÍA DE RODILLA)	$10,000	300
			ARTRODESIS		
9	BVM1	12.11.02	COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR, CADERA, RODILLA (CIRUGÍA DE COLUMNA, CADERA, RODILLA, CON APLICACIÓN DE PRÓTESIS)	$15,000	60

LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN SEXO DEL AFILIADO

NO.	MÓDULO	NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	SUMA ASEGURADA	PERIODOS DE ESPERA
			OPERACIONES DEL APARATO GENITAL FEMENINO		
			OPERACIONES EN EL ÚTERO		
10	BVM2	11.02.03	HISTERECTOMÍA CON O SIN ANEXOS (CIRUGÍA PARA EXTIRPACIÓN DE MATRIZ)	$10,000	60
			***OPERACIONES APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO**		
			OPERACIÓN EN LA PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES		
11	BVM1	10.04.01 10.04.04 10.04.06	PROSTATECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN DE PRÓSTATA, INCLUYE GANGLIOS); RESECCIÓN TRANS-URETRAL DE PRÓSTATA (POR ENDOSCOPÍA), TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIDROCELE, VARICOCELE. (TESTÍCULO OCUPADO POR VÁRICES O LÍQUIDO)	$15,000	60

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 17 de Marzo de 2009 con el número CNSF-H0707-0063-2008/CONDUSEF-002691-01 y a partir del día 17 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0006-2016.

N-04-MREI