



Programa Colectivo

Salud Administrada

Donde tú estés...
**estamos
Contigo**





Índice

I. Definiciones	5
II. Condiciones generales	10
1. Contrato Completo	10
2. Vigencias	10
3. Residencia	11
4. Elegibilidad	11
5. Registro de Afiliados	12
6. Modificaciones	13
7. Notificaciones	13
8. Disputabilidad	14
9. Independencia Laboral	14
10. Alta y Baja de Afiliados	14
11. Cambio de Ocupación	15
12. Omisiones o inexactas Declaraciones	15
13. Derecho al Programa Individual	16
14. Pagos	16
15. Beneficio Máximo	17
16. Renovación	18
17. Cambio de programa o Plan	18
18. Rehabilitación	19
19. Acceso a la información Relacionada con este Programa de Salud	19
20. Causas de Terminación del Contrato	19
21. Causas de Rescisión	20
22. Prescripción	20
23. Subrogación de Derechos	20
24. Segunda Opinión Médica	21
25. Competencia	21
26. Facultad del Contratante para solicitar información respecto a la Comisión o Copensación Directa.	21

III. Cláusulas particulares	22
1. Datos de inscripción Recas	22
2. Medios de Identificación	22
3. Información para Operaciones	22
4. Preceptos Legales	23
5. No Discriminación	23
6. Localización de la Unidad Especializada de Atención a usuarios y Comisión Nacional para Protección de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef)	23
IV. Coberturas y Beneficios	23
1. Prevención de la Salud	23
2. Mantenimiento de la Salud	24
3. Maternidad	24
4. Servicios Odontológicos	25
5. Servicios Auxiliares de Diagnóstico	25
6. Medicamentos	25
7. Hospitalización	26
V. Exclusiones del programa Salud Administrada	29
VI. Coberturas Adicionales	32
1. Asistencia Internacional en Viaje	32
I. Beneficios de Asistencia	32
II. Emergencia en el Extranjero	36
VII. Procedimiento para el pago de reclamaciones	38
1. Sistema de Pago Directo a Proveedores participantes en la red	38
2. Sistema de pago por Reembolso	39
3. Interés moratorio	41
4. Relación de este Programa de Salud con otros similares	41



Definiciones

A

ACCIDENTE

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que provoque lesiones corporales en la persona del Afiliado. No se considera accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Afiliado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los treinta días naturales siguientes a la fecha del accidente.

ACCIDENTE CUBIERTO

Es aquel accidente originado dentro del período de vigencia del Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

AFILIADO(S)

La o las personas cubiertas por el Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. y cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en la Carátula de la Póliza.

AFILIADO TITULAR

Aquella persona que firma la Solicitud del Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación de nuestro Departamento Médico para una referencia, servicio o procedimiento que lo requiera, de acuerdo al Manual de Normas, Políticas

B, C

y Procedimientos establecidos por nuestro Departamento de Aseguramiento de la Calidad en la atención médica.

AYUDANTE

Médico o Cirujano que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de una operación quirúrgica y cuya participación es indispensable para la operación.

BENEFICIO ADICIONAL

Es un valor agregado que General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. brinda a sus Afiliados al Programa Salud Administrada, sin costo alguno.

COBERTURA ADICIONAL

Es aquella que se puede agregar al Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. mediante el pago de una prima adicional.

CONTRATANTE

Es la persona física o moral que solicita la celebración de un contrato del Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. para sí o para terceras personas, cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza, y que además se compromete a pagar las primas estipuladas en la misma.

COPAGO

Cantidad previamente establecida que el Afiliado deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Afiliado deberá

D, E

cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los copagos a cubrir por el Afiliado, aparece en la carátula de la Póliza.

DEDUCIBLE

Cantidad o porcentaje establecido en la póliza y que el afiliado deberá asumir a su cargo, por la atención o servicio médico que reciba.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Se consideran dependientes económicos del Afiliado Titular, al cónyuge y los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de veinticinco años siempre y cuando de dieciocho años en adelante sean estudiantes de tiempo completo. Se podrá considerar a sus padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de elegibilidad y aceptación.

ELEGIBILIDAD

Derecho que adquiere el afiliado al reunir todos los requisitos para ser dado de alta en el Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS

Es el derecho que adquiere un Afiliado al reunir todos los requisitos para recibir servicios bajo las condiciones que establece el Programa de Salud de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

ENDOSO

Documento que modifica, previo acuerdo entre el Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., las condiciones del Contrato del Programa de Salud y forma parte de éste.

H, M

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. Las alteraciones o enfermedades 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, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen. No se considerarán como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Afiliado.

ENFERMEDAD CUBIERTA

Es aquella enfermedad originada dentro del período de vigencia del Programa de Salud de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO

Establecimiento o Institución de Salud legalmente registrado para la atención médico hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN

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

MÉDICO

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión.



M, P

MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP)

Es el Médico personal del Afiliado, pudiendo ser un Médico General, Familiar, o Pediatra responsable de coordinar todos los aspectos de su atención médica, incluyendo las autorizaciones o referencias a especialistas, hospitales y demás servicios tales como laboratorios, farmacias, imagenología, etc.

MÉDICO ESPECIALISTA

Médico que practica alguna o algunas ramas de la medicina, debidamente autorizado para ejercer dicha especialidad.

MÉDICO TRATANTE

Es el médico que se está haciendo cargo del cuidado y atención del padecimiento o enfermedad del Afiliado.

PADECIMIENTOS CONGENITOS

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 momento del nacimiento o después del nacimiento, o bien después de varios años.

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.

PERIODO DE ESPERA

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

PERIODO DE GRACIA

Tiempo durante el cual aunque no esté cubierto el recibo de la prima, surtirán efecto las garantías estipuladas en la póliza. (Art.40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

PÓLIZA

Documento que entrega General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., al asegurado en el que se encuentran plasmados los derechos, obligaciones, alcances, coberturas, primas pactadas, inicio y término de vigencia que consta de carátula, Condiciones Generales, Condiciones Especiales, Endosos, etc.

PREEXISTENCIA

Es aquel accidente o enfermedad:

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

P, R

clínico con el fin de determinar la procedencia de la reclamación.

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

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

PROGRAMA DE SALUD O PROGRAMA SALUD ADMINISTRADA.

Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

PROVEEDOR

Instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización para proveer servicios de salud, tales como Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios, equipo especial, etc.

PROVEEDOR PARTICIPANTE

Proveedor previamente seleccionado y con el cual se ha celebrado convenio para participar en el Programa de Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

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 Afiliados, ni al sistema de Pago Directo.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Procedimiento mediante el cual de haber existido una póliza anterior a esta

S

contratación, la compañía considera y reconoce como propio el periodo transcurrido, mismo que deberá constar por escrito.

REFERENCIA

Es la recomendación escrita hecha por parte de un Médico Participante o por el Programa de Salud, para que un Afiliado reciba los servicios de otro Proveedor. En los casos de atención gineco- obstétrica no será necesaria dicha referencia, con posibilidad de solicitar directamente el servicio.

REHABILITACION DEL CONTRATO

Proceso mediante el cual se reinstalan los efectos de la póliza, cuando esta había sido cancelada por falta de pago, conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

SALUD ADMINISTRADA

Es el concepto mediante el cual se brindan servicios de salud a todos los niveles, bajo estrictos controles en: atención, tratamientos, utilización de los recursos, oportunidad, satisfacción y resultados; dando énfasis a los cuidados preventivos y al mantenimiento del buen estado de salud, bajo esquemas de costo-beneficio establecidos dentro de una organización especializada para dichos fines.

SISTEMA DE PAGO DIRECTO

Beneficio mediante el cual General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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 y que la Póliza se encuentre vigente.



S, T, U

SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Sistema mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Programa Salud Administrada, fueron liquidados por el Afiliado, directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan, serán reintegrados posteriormente por General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. al Afiliado o a quien éste designe, previa presentación de los comprobantes y formularios correspondientes.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS

Catálogo de servicios y procedimientos dónde se especifica el monto máximo a pagar por servicio u honorario médico.

TRATAMIENTO MÉDICO

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del Afiliado, a causa de un accidente o enfermedad.

URGENCIA

Es cuando se requiere intervención médica inmediata, sin la cual la vida del Afiliado corre peligro o pudiera quedar discapacitada.

II. Condiciones Generales

1. CONTRATO COMPLETO

Las declaraciones del Contratante y de los Afiliados proporcionadas por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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, forman constancia del Contrato celebrado entre el Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. y bajo el mismo, quedarán amparados todos los Afiliados 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 y plan contratado.

2. VIGENCIAS

A. DEL AFILIADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

Los Afiliados inscritos tendrán derecho a recibir los beneficios establecidos en esta Póliza, a partir del período que se indica, en función del inicio de vigencia de la Póliza correspondiente:

1. En caso de un accidente o enfermedad cubiertos, salvo especificación en contrario, al día siguiente inmediato al inicio de la vigencia del afiliado correspondiente.
2. En caso de embarazo, los beneficios establecidos en la póliza por éste concepto iniciarán a partir de los treinta días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia establecido en ésta, siempre y cuando la afiliada haya quedado registrada al momento de la contratación del seguro, caso contrario, el periodo de espera contará a partir de su incorporación a la póliza.

B. DE LOS NIÑOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La fecha efectiva de cobertura de un niño recién nacido, será a partir del día del nacimiento, siempre que éste se notifique de acuerdo con lo indicado en el Procedimiento de Altas de Afiliados.

C. DEL PROGRAMA DE SALUD.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año, surtiendo sus efectos desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza, como "inicio de vigencia".



3. RESIDENCIA

Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar protegidos por el Programa Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

4. ELEGIBILIDAD

A. DE LA COLECTIVIDAD

El programa está enfocado a cubrir a los miembros activos de agrupaciones definidas de acuerdo con lo que establece el Reglamento de Seguro de Grupo y que cumplan con lo siguiente:

1. Formar parte de Sindicatos, Uniones o Agrupaciones de trabajadores en servicio activo y de sus secciones o grupos.
2. Ser miembro de agrupaciones legalmente constituidas, que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros en servicio activo, constituyan agrupaciones asegurables.

Así mismo, está diseñado para cubrir a los miembros de agrupaciones que tengan vínculos laborales, gremiales o algún otro, tales como: Sindicatos, Asociaciones, Uniones, Clubes y Empleados de un mismo patrón o empresa que no reúnan los requisitos establecidos para contratar un Programa de Salud Colectivo.

Además deberán cumplir con las siguientes características:

- a. Ser sectores bien definidos en los que participen al menos el 30% de los miembros de la agrupación total asegurable, con un mínimo de 5 Afiliados Titulares.
- b. Que la participación de los Afiliados Titulares y/o de sus Dependientes económicos no sea de carácter voluntario independientemente que contribuyan o no al pago de las primas.

Para las agrupaciones donde la participación de los Afiliados sea Voluntaria y contributiva, deberán cumplir con un mínimo del 75% de la agrupación total asegurable.

B. DEL AFILIADO TITULAR

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

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

Condiciones Generales

C. DE LOS AFILIADOS DEPENDIENTES:

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

- 1.** Ser cónyuge del Afiliado Titular.
- 2.** Ser hijo o estar bajo tutela legal del Afiliado Titular, siempre y cuando:
 - a.** Sea soltero y dependa legal y económicamente del Afiliado Titular y
 - b.** Sea estudiante de tiempo completo y asista a una Escuela, Colegio o Universidad acreditados, sin haber alcanzado los 25 años de edad, ó
 - c.** Sea menor de 18 años en el caso que no asista a una institución educativa acreditada.
- 3.** Ser padre o madre del Afiliado Titular, y
 - a.** Dependan económicamente del Afiliado Titular y
 - b.** No sean mayores de 64 años de edad.

La cobertura de todos los Afiliados dentro de una familia cesará, cuando se pierda la elegibilidad del Afiliado Titular. La cobertura de un Afiliado Dependiente cesará cuando deje de cumplir los requisitos de elegibilidad para ser Afiliado Dependiente.

D. CAUSAS DE INELEGIBILIDAD.

Si la persona fue previamente Afiliada del Programa de Salud y su cobertura fue terminada por cualquiera de las causas que se especifican en los incisos A, B, C y D de la Cláusula 21, Causas de Rescisión.

5. REGISTRO DE AFILIADOS

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

- A.** Número de la Póliza y del Certificado Individual.
- B.** Nombre y edad de los Afiliados.
- C.** Fecha de inicio y terminación de la Cobertura de cada uno de los Afiliados de la Colectividad
- D.** Beneficio Máximo que le corresponde a cada Afiliado.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. expedirá un Certificado y un Manual del Afiliado, para cada uno de los Afiliados Titulares de la Colectividad, documentos que serán entregados al Contratante, quien a su vez los entregará a cada Afiliado Titular; además se entregará una Tarjeta de Identificación para cada Afiliado.



El Certificado contendrá, al menos, los siguientes datos:

- A.** Número de la Póliza y del Certificado Individual.
- B.** Nombre y fecha de nacimiento de los Afiliados.
- C.** Fecha de Inicio y Término de vigencia de la Cobertura del Programa de Salud.
- D.** Beneficio Máximo que le corresponde a cada Afiliado.
- E.** Nombre del Médico de Cuidados Primarios, seleccionado o asignado.
- F.** Beneficios Adicionales y Coberturas Adicionales contratadas.
- G.** Listado de Copagos.

6. MODIFICACIONES

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

7. 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.

En caso de que General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. realice cambios en su Red de Proveedores, deberá hacerlo del conocimiento al afiliado o contratante en forma escrita dentro de los quince días hábiles siguientes a que sucedan dichos cambios.

8. DISPUTABILIDAD

Este Contrato será disputable por omisiones o inexactas declaraciones.

9. INDEPENDENCIA LABORAL

Queda expresamente establecido que entre el personal de cualquier Proveedor, 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 Proveedor, el Contratante y General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. para con su personal.

10. ALTA Y BAJA DE AFILIADOS

A. SOLICITUD DE COBERTURA.

El Contratante se obliga a solicitar Cobertura del Programa de Salud para todas aquellas personas que en el momento de la contratación, reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad, Asimismo, se obliga a solicitar Cobertura en los términos de esta Póliza, para todas las que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro de los 30 días siguientes.

B. PROCEDIMIENTO DE ALTAS DE AFILIADOS.

El Contratante se obliga a reportar a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. los movimientos de altas de Afiliados dentro de los 30 días siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., sólo cubra a los Afiliados de los que tenga conocimiento.

En caso de que la persona que cause alta y que no otorgue su Consentimiento individual debidamente requisitado dentro de los 30 días siguientes a que adquirió el derecho a la protección, su aceptación quedará sujeta a la aprobación de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., debiendo presentar los requisitos de selección correspondientes.

Si el Afiliado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por el Programa, siempre que se dé aviso por escrito de este hecho dentro de los treinta días siguientes del acontecimiento y sea entregado su consentimiento individual debidamente requisitado a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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 Afiliado Titular entrega la solicitud de alta de su hijo dentro de los 30 días siguientes al nacimiento. La fecha efectiva de cobertura para un recién nacido será el día del nacimiento, siempre y cuando se cumpla con el requisito de alta mencionado.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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 real del afiliado, sexo y riesgo ocupacional, de acuerdo con las tarifas vigentes debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

C. PROCEDIMIENTOS DE BAJAS DE AFILIADOS

Para que un Afiliado sea dado de baja, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el Contratante no de aviso de inmediato, la Cobertura del Programa Salud Administrada continuará en vigor para ese Afiliado y el Contratante se obliga a cubrir la prima correspondiente, hasta en tanto la compañía no emita el endoso correspondiente.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. devolverá al Contratante la prima correspondiente a dicho Afiliado en forma proporcional por el tiempo que faltare por transcurrir desde la baja hasta el término de contrato.

11. CAMBIO DE OCUPACIÓN

Si el Afiliado realiza un cambio de ocupación distinta a la declarada, a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación. General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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. En caso de no dar aviso, General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen a consecuencia de la nueva ocupación.

12. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Afiliados 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 realización de algún gasto por accidente o enfermedad.

13. DERECHO AL PROGRAMA INDIVIDUAL

Cuando el Afiliado Titular se separe de la colectividad o deje de prestar un servicio activo directamente al Contratante, tendrá derecho a la contratación de un programa individual, sin requerir examen médico y por una sola vez, siempre que su edad este dentro de los límites de aceptación, en cualquier programa que opere la compañía, que sea igual o menor en cuanto a beneficios contra el que tenía contratado. Para hacer efectivo este derecho, el Afiliado deberá solicitarlo por escrito dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su separación y contar con una antigüedad igual o mayor a un año de vigencia continúa de cobertura dentro de la colectividad de la cual se separa.

Dicho beneficio solo se aplica al Afiliado Titular.

14. PAGOS

A. EDAD

Para efectos de este Contrato, los límites de aceptación son desde el nacimiento y hasta los sesenta y cuatro años cumplidos.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá solicitar en cualquier momento, documentos que comprueben la edad de los Afiliados inscritos. Una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del Afiliado, 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 afiliado estuviere fuera de los límites de aceptación, los beneficios de la presente póliza quedarán nulos y sin valor para el afiliado, reintegrando General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. la prima proporcional de dicho riesgo.

B. PRIMA

El Contratante pagará a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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 Afiliados y vence al inicio de vigencia de la póliza. En cada renovación o inclusión de Afiliados a la póliza, la prima se determinará de acuerdo a la edad, sexo, riesgo ocupacional o médico de



cada uno de los Afiliados, aplicando las tarifas que se encuentren vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de una reclamación, General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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 Art. 37 de la Ley del Contrato de Seguro.

C. FORMA DE PAGO

El Contratante puede optar por liquidar la prima en pagos mensuales, trimestrales, semestrales, o anual, misma que será indicada en la carátula de la póliza.

D. 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.

E. COPAGOS

Los Afiliados pagarán los copagos al momento de recibir los servicios y beneficios del Programa Salud Administrada que así lo establezca. 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.

F. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sea por parte del Contratante, el Afiliado o de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., 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.

15. BENEFICIO MÁXIMO

Es el límite máximo de responsabilidad que General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. cubrirá o reembolsará por cada Afiliado por año Póliza, dentro del Programa Salud Administrada.

En los casos que se rebasen los Beneficios Máximos contratados y estipulados en la carátula de la póliza, el afiliado estará obligado a cubrir de manera íntegra e inmediata, el pago total del importe que resulte en exceso.

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

16. RENOVACIÓN

Esta póliza podrá ser renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del contratante, dentro de los últimos 30 días de vigencia de la póliza existente, de acuerdo a los planes, tarifas, programas y condiciones generales que en ese momento se encuentren vigentes, la edad máxima de renovación podrá ser hasta los sesenta y nueve años cumplidos.

Adicionalmente el afiliado 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 apartado 12 de estas condiciones generales.

En la renovación de la póliza no debe entenderse que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente. Los cambios que a la renovación podrá presentar la póliza, están directamente asociados tanto a la prima como a las coberturas y las características de dichas coberturas. Las renovaciones se sujetarán a condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza inmediata anterior en cuanto a Suma Asegurada, Participación del Asegurado y Plan. Dichas condiciones serán las que General de Salud, Compañía de Seguros S.A. tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de vigencia de cada renovación. Las condiciones que se otorgarán mediante el proceso de renovación son:

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

17. CAMBIO DE PROGRAMA O PLAN

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. a solicitud del Asegurado, podrá otorgar cambio de programa o plan en la renovación de la póliza, previa revisión del historial de la póliza. Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el cambio quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en la póliza. Para los padecimientos originados durante la vigencia



de la póliza anterior, se aplicarán los límites de beneficio máximo, deducibles y copagos establecidos en las condiciones generales y endosos especiales de la póliza contratada vigente al momento de inicio del evento.

18. 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, 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 original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado periodo de gracia y el momento en que se determine rehabilitada dicha póliza.

Sin embargo si junto a la solicitud, el Contratante manifiesta expresamente que este seguro conserve su vigencia original, 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.

19. ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE PROGRAMA DE SALUD

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá solicitar y recibir de cualquier Proveedor que brinde o haya brindado sus servicios a un Afiliado, toda la información necesaria para integrar sus expedientes, sujetos a los requerimientos confidenciales aplicables, los Afiliados 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 Afiliado.

20. CAUSAS DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. está obligado 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 Regla Sexagésima Octava para la Operación del Ramo de Salud:

- 1.** Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o

Condiciones Generales

2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. 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.

21. CAUSAS DE RESCISIÓN

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá rescindir de pleno derecho el presente contrato, cuando conozca las siguientes causas:

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

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

- C. Por falta de pago de la prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 14. PAGOS inciso B) PRIMA de estas Condiciones Generales.
- D. Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.

22. PRESCRIPCIÓN

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. 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.

23. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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



General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá subrogarse en los derechos del Afiliado o del Beneficiario contra los terceros en razón del siniestro. El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Afiliado 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.

24. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. se reserva el derecho de requerir una segunda opinión médica para el afiliado, 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.

25. COMPETENCIA

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

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

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

26. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. le informe el porcentaje de Prima que, por

concepto de Comisión o Compensación Directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención de este Contrato. General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. le proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

III. 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 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016.

2. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

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

3. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

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



4. PRECEPTOS LEGALES

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

5. NO DISCRIMINACIÓN

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

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

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. al teléfono 55.5270.8000 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México. Y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.com.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica (55) 5340 0999 y 800 99 98080. webmaster@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

IV. Coberturas y beneficios

1. PREVENCIÓN DE LA SALUD

Mediante convocatoria por parte de la Compañía, los Afiliados gozarán de los siguientes servicios:

Condiciones Generales

1. Campañas educativas en el mantenimiento de la salud
2. Inmunizaciones para menores de cinco años de acuerdo a las comprendidas en la Cartilla Nacional de Vacunación: Polio, DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos), Sarampión y BCG (Tuberculosis), MMR (Triple Viral), Hexavalente (DPT, Polio, Hepatitis B, y HIB).
3. Inmunizaciones para grupos de riesgo: SR (Sarampión y Rubeola), Td (Toxoide tetánico y diftérico); así como las inmunizaciones que estipulen los programas emergentes del Sistema Nacional de Salud.
4. De Detección oportuna de cáncer ginecológico, (examen de mama, mamografía y papanicolau), de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de 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).
5. Educación y Planificación familiar temporal (dispositivo intrauterino).

2. MANTENIMIENTO DE LA SALUD (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

El mantenimiento de la salud de los Afiliados, estará a cargo del Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la red de Médicos Generales, Familiares y Pediatras, de acuerdo a su edad, quienes brindarán los siguientes servicios:

1. Atención médica en consultorio del Médico de Cuidados Primarios
2. Atención en consultorio con médicos especialistas

3. MATERNIDAD (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

Se consideran cubiertos los siguientes gastos, siempre que el embarazo se gesté dentro de la vigencia de la póliza y cobertura.

Es requisito indispensable que al momento del parto, la cobertura se encuentre contratada, vigente y cubierto el periodo de espera.

1. Cuidados de maternidad, (parto o cesárea con un período de espera de diez meses de vigencia continua de manera ininterrumpida en la póliza).
2. Servicios de ginec obstetricia. Siempre que el embarazo se haya generado posterior a un mes de vigencia continua de la póliza.
3. Cuidados del recién nacido. Siempre y cuando el bebé haya sido gestado posterior a treinta días de vigencia continua de la póliza y la madre haya cursado diez meses de cobertura previa e ininterrumpida inmediata antes de su nacimiento. Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y



continua deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales a su nacimiento y la prima se encuentre pagada.

4. Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, (siempre y cuando la madre hubiera cumplido los diez meses de cobertura previa e ininterrumpida, y el parto haya sido cubierto por el programa) y el menor sea dado de alta al programa dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento.
5. Complicaciones del embarazo y del parto (siempre que el embarazo se haya generado treinta días posteriores a la vigencia continua e ininterrumpida de la póliza).

4. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

Estos servicios incluyen:

1. Consultas al odontólogo, incluye aplicación tópica de flúor en infantes
2. 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.
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.

5. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1. 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).

6. MEDICAMENTOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1. Medicamentos prescritos por su médico u odontólogo tratante, excepto aquellos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Tranquilizantes, Tratamientos contra la Infertilidad,

Disfunción Sexual, Cosmiátricos, 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.

(*) Con un límite anual por Afiliado, el cual se indica en la carátula de esta póliza.

7. HOSPITALIZACIÓN (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

Se consideran cubiertos los gastos que se ocasionen a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados por el programa, que provoque el internamiento del Afiliado en un hospital o sanatorio, incluyendo:

- 1.** Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Afiliado: representados por el costo de cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia, gastos inherentes al tratamiento médico.
- 2.** Hospitalización no quirúrgica.
- 3.** Cirugía ambulatoria y cirugía menor.
- 4.** Honorarios del médico tratante por consultas que reciba el Afiliado durante su hospitalización, en el sanatorio u hospital,
- 5.** Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes. Se cubrirán los honorarios quirúrgicos de acuerdo con los aranceles vigentes de la compañía en la plaza, incluyendo a los ayudantes.
- 6.** Honorarios del Anestesiólogo.
- 7.** Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos requeridos por el paciente durante su estancia en el Hospital.
- 8.** 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) con periodo de espera de diez meses consecutivos e ininterrumpidos de vigencia.
- 13.** Enfermera 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.
- 14.** 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.
- 16.** Tratamiento con Terapia Radioactiva, Quimioterapia e Inhaloterapia.



- 17.** Renta de equipo para recuperación, con un límite máximo de sesenta días por padecimiento.
- 18.** Transporte en Ambulancia Terrestre, cuando el médico tratante así lo requiera, previa autorización de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.
- 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 vigentes de la localidad donde resida el afiliado. 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 ocurrido durante la vigencia de la Póliza y este cubierto por el programa, y que dicha intervención se realice de manera inmediata o bien dentro de los primeros treinta días naturales de ocurrido el accidente, previa revisión y autorización de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.
- 21.** Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de accidente o enfermedad, siempre y cuando este haya sido cubierto por el programa y se dictaminen dentro de los siguientes treinta días naturales de ocurrido el evento.

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.

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; Circuncisiones; Litiasis renal o de vías urinarias; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos u Oncológicos del Piso Perineal, Genitales internos y externos; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías biliares; Tumoraciones Mamarias; Varices; Padecimientos de Rodilla

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS:

El diagnóstico y tratamientos para el 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.

LIMITACIONES

Cuando como consecuencia de un caso fortuito o de fuerza mayor, desastre natural, guerra, amotinamientos, insurrección civil, epidemia o cualquier otra emergencia o evento similar fuera del control de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., de su personal o recursos, no se puedan proporcionar normalmente los servicios del

Condiciones Generales

Programa Salud Administrada de acuerdo a lo estipulado en este Contrato, General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del evento.

BENEFICIOS ADICIONALES

Para efectos de este contrato se señalan como Beneficios Adicionales a aquellos valores agregados que General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. brinda a sus Afiliados al Programa Salud Administrada, sin costo alguno, tales como:

A. LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN A AFILIADOS, DENOMINADA “INFOSAT”

Los servicios que “INFOSAT” Información del Programa de Salud Administrada por Teléfono proporciona son:

1. Orientación Médica y administrativa de Urgencia, las 24 horas los 365 días del año
2. Selección, verificación o cambio de Médicos de Cuidados Primarios en horas y días hábiles.
3. Sistema de programación de citas
4. Información administrativa
5. Encuestas de servicio a clientes
6. Comentarios y sugerencias

B. 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 Afiliado o por General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

C. LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. proporciona a sus Afiliados la libertad de elegir entre su cuadro de Médicos de Cuidados Primarios, el que mejor se acomode a sus necesidades y preferencias.

D. RECONOCIMIENTO DE LA ANTIGÜEDAD EN OTROS PROGRAMAS O COBERTURAS DE SALUD SIMILARES.

Este Beneficio reconoce la antigüedad, a los Afiliados que hayan estado cubiertos por una póliza de Gastos Médicos o un programa de salud similar o afín al de Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., 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 el Capítulo IV “Coberturas y Beneficios”.



Este beneficio no aplica para el reconocimiento de antigüedad de la Maternidad ni del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tampoco implica la aceptación de los padecimientos preexistentes.

V. Exclusiones del programa salud administrada

El Programa Salud Administrada no cubre los siguientes:

- 1. Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.**
- 2. Gastos realizados por acompañantes del Afiliado durante su internamiento en clínica, sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio Afiliado que no tengan relación con el motivo del internamiento.**
- 3. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza, así como la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.**
- 4. Abortos y legrados por aborto que no sean autorizados por el Médico de Cuidados Primarios del Afiliado.**
- 5. Exámenes para extensión de certificados de salud.**
- 6. Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualesquiera 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.**
- 7. Diagnóstico y tratamiento para el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cubiertos con período de espera de cinco años.**
- 8. 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 el punto 21 del inciso 7 de la Sección IV “Coberturas y Beneficios”**

Condiciones Generales

- 9.** Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- 10.** Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones o enfermedades congénitas, a excepción de los Afiliados nacidos durante la vigencia de Póliza, se cumpla con el periodo de espera de diez meses previos de cobertura ininterrumpida, el parto haya estado cubierto por el programa, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.
- 11.** Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.
- 12.** Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
- 13.** Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y trasplantes corneales).
- 14.** Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- 15.** Ambulancia Aérea. Salvo lo contemplado en la cobertura de “Asistencia Internacional en Viaje”.
- 16.** Lesiones que el Afiliado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Afiliado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el endoso correspondiente que los incluya.
- 17.** Lesiones sufridas por el Afiliado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- 18.** Lesiones que el Afiliado 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.
- 19.** Lesiones que el Afiliado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- 20.** Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Afiliado cuando se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no hayan sido prescritos por el médico tratante.



- 21.** Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 22.** Lesiones sufridas por el Afiliado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, radioactividad o al participar directamente el Afiliado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Así mismo se excluye el terrorismo cuando el afiliado participa como sujeto activo del mismo.
- 23.** Apoyos Diagnósticos, Tratamientos médicos o Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.
- 24.** 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.
- 25.** Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, 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.
- 26.** Implantes dentales de cualquier tipo.
- 27.** Tratamientos médicos o quirúrgicos de padecimientos o alteraciones de todo tipo, de la articulación temporo mandibular.
- 28.** 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 estos algunos ejemplos enunciativos más no limitativos.
- 29.** Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, 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.

VI. Coberturas adicionales

Estas coberturas están a disposición de nuestros Afiliados para aumentar sus beneficios:

1. ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE

(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en el certificado correspondiente).

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

Los servicios que a continuación se mencionan, serán válidos en todo el mundo, siempre y cuando el afiliado 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 General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. designe para tal fin, **No se aceptarán reclamos por reembolsos.**

I. 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 (i) se mantendrá en comunicación frecuente con el médico que atiende el caso o el hospital, y (ii) transmitirá la información necesaria y legalmente permisible a los miembros de su familia.

Transporte para Reunirse con el Beneficiario Elegible:

Proveer a un miembro 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 de/a la casa.

Traslado de Restos Mortales:

En el caso de fallecimiento del Beneficiario, “El PROVEEDOR” efectuará los arreglos y pagará el costo del traslado de los restos mortales. “El PROVEEDOR” brindará toda la ayuda necesaria para el transporte, inclusive localizar a una funeraria licenciada, morgue o centro de disposición directa para la preparación del cadáver para su transporte, tramitación de toda la documentación, tramitación de todos los requisitos legales, tramitación 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:

“EI 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 “EI PROVEEDOR”, de suministrar o contratar para el suministro de los servicios mencionados, está sujeta a las siguientes condiciones y exclusiones:

Exclusiones:

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

- Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico
- Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones
- Si se comete un acto ilegal, cuando el asegurado sea el provocador.
- Intento de suicidio
- 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

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

- 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
- Con un embarazo de más de seis meses
- 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.
- 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. “EI 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 “EI PROVEEDOR”. “EI PROVEEDOR” no es responsable por ninguna negligencia profesional que puedan cometer los profesionales que prestan servicios al Beneficiario.

La Empresa es responsable de emitir Tarjetas de Identificación (según se ha indicado anteriormente) a los Beneficiarios. Si la empresa no mantiene en vigor la póliza de seguro mencionada anteriormente, eso invalidará el programa descrito para los Beneficiarios, y “EI PROVEEDOR” no tendrá responsabilidad alguna de prestar los servicios al Beneficiario.

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

II. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en el certificado correspondiente).

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. reembolsará las erogaciones realizadas por el Afiliado 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 sesenta y nueve años cumplidos.

A. Coberturas y beneficios

1. BENEFICIO MAXIMO:

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 del certificado correspondiente.



Esta cobertura será válida, siempre y cuando el afiliado 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 MEDICA:

Cualquier alteración de la salud del Afiliado, 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”.

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

VII. Procedimiento para el pago de reclamaciones

1. SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED

Beneficio mediante el cual General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. pagará directamente a los Proveedores, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados, cubiertos por este Programa de Salud. Para efecto de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red, que el Certificado se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio.

Invariablemente el afiliado deberá pagar al prestador del servicio, el copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud y Plan contratado (Ver certificado correspondiente).

Proveedores Médicos

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. cubrirá al profesional los honorarios establecidos previamente, el Afiliado, será responsable de cubrir al proveedor el copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud y Plan contratado.

Hospitales

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. liquidará directamente al hospital los gastos que sean cubiertos por el Programa, observando que para que un Afiliado del Programa de Salud ingrese al hospital, deberá presentar una Referencia o Autorización Previa del Programa de Salud, excepto en casos de urgencia, en cuyo caso el Afiliado deberá solicitar al hospital que comunique a las oficinas General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. que ha ingresado al mismo. Por su parte, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. hará las verificaciones necesarias, o de ser procedente otorgará la autorización correspondiente. En el caso de que el Afiliado haya incurrido en gastos no cubiertos por el programa de Salud, será responsabilidad de éste liquidarlos.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. pagará directamente los servicios utilizados por el Afiliado en laboratorios y otros centros de diagnóstico a los que haya sido referido por médicos de la Red de Proveedores del Programa de Salud, debiendo presentar la orden de servicio y credencial; el Afiliado, por su parte solo cubrirá al proveedor el copago que corresponda de acuerdo al Programa de Salud y Plan contratado.

Farmacias

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. liquidará al proveedor



el monto exclusivamente por medicamentos prescritos por el Médico de Cuidados Primarios, y que consten en el formulario respectivo, quedando a cargo del afiliado el importe del copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud y Plan contratado.

Los medicamentos prescritos por médicos especialistas se tramitarán exclusivamente vía pago por reembolso. Los gastos incurridos con proveedores fuera de la Red del Programa de Salud, se pagarán exclusivamente a través del Sistema de Pago por Reembolso, considerando los requisitos y condiciones especificados en el apartado respectivo.

2. SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO.

Este sistema de pagos es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Programa de Salud, se han efectuado con un proveedor no participante y por lo tanto liquidado por el Afiliado directamente a dicho proveedor de servicios.

Es obligación del Afiliado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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 Afiliado 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 afiliado 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 de los copagos correspondientes y de acuerdo a los aranceles vigentes de la compañía en la plaza, en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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 o Certificado, se reembolsarán hasta el agotamiento del Beneficio Máximo contratado.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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 Afiliado, así como los gastos de internación efectuados en clínicas, sanatorios u hospitales debidamente autorizados.

Condiciones Generales

Todas las indemnizaciones cubiertas por el Programa de Salud serán liquidadas a cada Afiliado o a quien éste haya autorizado para tales efectos mediante la presentación de carta poder, en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

Procedimiento de trámite de reclamaciones al no utilizar nuestra Red de Proveedores.

En toda reclamación deberá comprobarse a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. y por cuenta del Afiliado, la realización del evento que origina la reclamación.

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Afiliado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. y, que el Certificado 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 Afiliado que recibió la atención médica o por el Afiliado 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 Afiliado 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 Afiliado que recibió la atención médica o a nombre del Afiliado 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 General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. una vez pagada la indemnización correspondiente.

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



En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se deberán entregar nuevamente los Informes del Médico y el Aviso del Afiliado Programa Colectivo.

3. INTERÉS MORATORIO

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

4. RELACIÓN DE ESTE PROGRAMA DE SALUD CON OTROS SIMILARES

El Afiliado tiene obligación de dar aviso por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. sobre toda cobertura de Gastos Médicos o Programa de Salud que contrate o haya contratado cubriendo los mismos riesgos o servicios, además del nombre de la(s) Compañía(s) que proporcione(n), deberá proporcionar el tipo de cobertura, las sumas aseguradas y beneficios contratados.

Si el Afiliado omitiera intencionalmente el aviso de que trata esta cláusula, o si él contratara diversas coberturas para obtener un provecho ilícito, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. quedará liberada de sus obligaciones.

En caso de reclamación, si las Coberturas y Beneficios proporcionados por esta Póliza o Certificado estuviesen amparadas en todo o en parte por otras Coberturas, en esta u otras Compañías, las reclamaciones pagaderas en total por todas las Pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Afiliado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra Compañía.

Condiciones Generales

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 05 de diciembre del 2005, con el número CNSF-H0707-0057-2005/ CONDUSEF-000719-01, a partir del día 1 de abril del 2015 con el número RESP-H0707-0021-2015 y a partir del día 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016.

CASTEL

CENTRO DE
ATENCIÓN
TELEFÓNICA

24 HRS. 365 DÍAS



Descarga nuestra APP
VALOR GS



REPORTE DE SINIESTROS SALUD
800.7272.583

También contamos con una Línea de Información y Orientación Médica donde atenderemos tus dudas y te brindaremos la asesoría necesaria para el cuidado y mantenimiento de tu Salud.

800.72.SALUD
72583

Para temas comerciales, pagos o renovaciones de pólizas por favor contacta a tu Agente de Seguros o te asesoramos en nuestro call center:

800.288.4747

L-V 8 A 21 HRS.

S 9 A 17 HRS.

*Cuentas con nosotros y nuestro
compromiso es respaldarte y estar cerca
de ti en el momento que lo requieras*



OFICINA MATRIZ

Patriotismo 266 San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX | Tel. 55 5270.8000

BUZÓN ELECTRÓNICO atencionclientes@gsalud.com.mx