MULTISALUD
COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

GENERAL DE SEGUROS
AHORA ES TODO

GENERAL DE SEGUROS SALUD

GENERAL DE SEGUROS SALUD

MULTISALUD
COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

GENERAL DE SEGUROS
AHORA ES TODO

N-04-MSC-V2

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 13 de Abril de 2016 con el número CNSF-H0707-0016-2016/ CONDUSEF-000032-01 y a partir del día 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016.

Índice

I. DEFINICIONES 7
ACCIDENTE 7
ACCIDENTE CUBIERTO 7
AFILIADO(S) 7
AFILIADO TITULAR 7
AUTORIZACIÓN PREVIA 7
AYUDANTE 8
BENEFICIO ADICIONAL 8
COBERTURA ADICIONAL 8
CONDICIONES GENERALES 8
CONTRATANTE 8
COPAGO 8
DEDUCIBLE 8
DEPENDIENTES ECONÓMICOS 8
ELEGIBILIDAD 9
ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS 9
ENDOSO 9
ENFERMEDAD 9
ENFERMEDAD CUBIERTA 9
HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO 9
HOSPITALIZACIÓN 9
MANUAL DEL AFILIADO 10
MÉDICO 10
MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP) 10
MÉDICO ESPECIALISTA 10
MÉDICO TRATANTE 10
PADECIMIENTOS CONGÉNITOS 10
PERIODO AL DESCUBIERTO 10
PERIODO DE ESPERA 10

PERIODO DE GRACIA....10
PÓLIZA....11
PREEXISTENCIA....11
PROGRAMA O PROGRAMA DE SALUD....11
PROVEEDOR....11
PROVEEDOR PARTICIPANTE....12
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE....12
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD....12
REFERENCIA....12
REHABILITACIÓN DEL CONTRATO....12
SEPARACIÓN....12
SISTEMA DE PAGO DIRECTO....12
SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO....13
TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS....13
TERRITORIALIDAD....13
TRATAMIENTO MÉDICO....13
URGENCIA MÉDICA O EMERGENCIA MÉDICA....13

II. CONDICIONES GENERALES....14
1. CONTRATO COMPLETO....14
2. VIGENCIAS....14
3. RESIDENCIA....15
4. ELEGIBILIDAD....15
5. REGISTRO DE AFILIADOS....16
6. MODIFICACIONES....18
7. NOTIFICACIONES....18
8. INDEPENDENCIA LABORAL....19
9. INDEPENDENCIA CONTRACTUAL....19
10. ALTA Y BAJA DE AFILIADOS....19
11. CAMBIO DE OCUPACIÓN....22
12. DERECHO AL PROGRAMA INDIVIDUAL....22

13. PAGOS 23
14. BENEFICIO MÁXIMO 25
15. RENOVACIÓN 25
16. CAMBIO DE PROGRAMA 26
17. REHABILITACIÓN 26
18. ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE PROGRAMA DE SALUD 27
19. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL 28
20. CAUSAS DE RESCISIÓN 29
21. CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO 29
22. CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA 29
23. PRESCRIPCIÓN 30
24. SUBROGACIÓN DE DERECHOS 30
25. COMPETENCIA 30
26. REVELACIÓN DE COMISIONES 31
27. AGRAVACIÓN 31
28. DIVIDENDOS 32

III. CLÁUSULAS PARTICULARES 32

1. DATOS DE INSCRIPCIÓN RECAS 32
2. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN 32
3. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES 33
4. PRECEPTOS LEGALES 33
5. NO DISCRIMINACIÓN 33
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) 33

IV. COBERTURAS Y BENEFICIOS 34
1. PREVENCIÓN DE LA SALUD 34
2. MANTENIMIENTO DE LA SALUD 34
3. MATERNIDAD 35
4. AYUDA EN MATERNIDAD 36
5. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS 37
6. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO 37
7. HOSPITALIZACIÓN 37

V. EXCLUSIONES DEL PROGRAMA 43

VI. COBERTURAS ADICIONALES 48
1. ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE 48
2. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO 54

VII. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES 56
1. SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED 56
2. SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO 58
3. INTERÉS MORATORIO 61

La póliza de seguro, el folleto de derechos del asegurado, así como sus condiciones generales, particulares y endosos, respetan los derechos humanos y fundamentales del Asegurado, a través de una relación contractual equitativa, igualitaria y no discriminatoria entre las partes, cumpliendo con la legislación nacional e internacional aplicable en materia de derechos humanos.

1. 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 o por una persona distinta, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los treinta días naturales siguientes a la fecha del accidente. En caso de no haber recibido la notificación por escrito por parte del Afiliado dentro del plazo mencionado no se considerará accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

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

AFILIADO(S)
La o las personas cubiertas por el Programa 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 de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. con ese carácter.

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 y Procedimientos establecidos por nuestro Departamento de Aseguramiento de la Calidad en la Atención Médica.

B, C

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, sin costo alguno.

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

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

CONTRATANTE
Es la persona física o moral que solicita la celebración de un contrato del Programa 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.

D

COPAGO
Cantidad previamente establecida que el Afiliado deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Afiliado deberá 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 establecida 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 25 años, siempre y cuando de 18 años en adelante sean estudiantes de tiempo completo. Se podrá considerar a los padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de elegibilidad y aceptación.

E

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

ENDOSO
Documento emitido por General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. 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.

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

H

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. El embarazo y todo lo que se derive de él no se considera una enfermedad.

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, CLÍNICA 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

M

en que el Afiliado ingrese como paciente interno.

MANUAL DEL AFILIADO
Documento de consulta mediante el cual se provee información al afiliado acerca del funcionamiento del Programa de Salud.

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

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.

P

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS
Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al 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
Plazo con el que cuenta el contratante o afiliado para cubrir el importe de la prima y representa el 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. Los derechos y obligaciones plasmados en la Póliza General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. deben ser interpretados de acuerdo con el clausulado que le resulte aplicable (Condiciones Generales y Endosos).

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

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

En los casos que haya controversia el reclamante podrá hacer valer sus derechos con base en lo descrito en la cláusula de COMPETENCIA. General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá requerir al solicitante durante el proceso de suscripción, que se someta a un examen médico, a fin de determinar de una manera objetiva la existencia de preexistencia en enfermedades o padecimientos.

PROGRAMA O PROGRAMA DE SALUD
Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

PROVEEDOR
Instituciones e individuos legalmente establecidos y

R

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
Es el periodo ininterrumpido en el que el asegurado ha contado con una cobertura similar a la de esta Póliza, en otra Institución de Seguros. Previa autorización de General de Salud, dicho periodo de antigüedad podrá ser utilizado para disminuir algunos periodos de espera estipulados en esta Póliza. Éste deberá constar por escrito.

S

REFERENCIA
Es la recomendación escrita hecha por parte de un Médico de Cuidados Primarios, para que un Afiliado reciba los servicios de un Médico. En los casos de atención gineco-obstétrica no será necesaria dicha referencia, el afiliado podrá solicitar directamente el servicio.

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

SEPARACIÓN
Momento a partir del cual el asegurado o afiliado deja de formar parte del grupo o colectividad asegurada.

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

T

de nuestra Red y que la Póliza se encuentre vigente. La atención deberá estar coordinada de acuerdo a lo indicado en el manual del afiliado.

SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Sistema mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Programa, fueron liquidados por el Afiliado, directamente al prestador de servicios; aquéllos 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, de acuerdo a lo indicado en el manual del afiliado. El pago por reembolso estará limitado a la tabla de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. aranceles convenidos entre General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. y el proveedor.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS

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

U

TERRITORIALIDAD

La presente Póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos a consecuencia de un padecimiento cubierto.

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 MÉDICA O EMERGENCIA MÉDICA

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

NÚMERO DE RECAS CONDUSEF: CNSF-H0707-0016-2016/ CONDUSEF-000032-01

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 y Manual del Afiliado, 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 de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., las personas que radiquen de manera legal y permanente en la República Mexicana.

4. ELEGIBILIDAD

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

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.

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.
b. Sea estudiante de tiempo completo y asista a una Escuela, Colegio o Universidad acreditados, sin haber alcanzado los 25 años de edad.
c. Sea menor de 18 años en el caso que no asista a una institución educativa acreditada.

3. Ser padre o madre del Afiliado Titular que:

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.

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.** Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- **b.** Firma del funcionario autorizado;
- **c.** Operación del seguro, Número de la Póliza y del Certificado Individual.
- **d.** Nombre del contratante.
- **e.** Nombre y fecha de nacimiento de los Afiliados.
- **f.** Fecha de Inicio y Término de vigencia de la Cobertura del Programa de Salud de la Póliza y del certificado.
- **g.** Beneficio Máximo que le corresponde a cada Afiliado.
- **h.** Nombre del Médico de Cuidados Primarios, seleccionado o asignado.
- **i.** Beneficios Adicionales y Coberturas Adicionales contratadas.
- **j.** Listado de Copagos.
- **k.** Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a la personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la

aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con la mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

l. Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

m. En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: La Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectivo que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

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 correspondiente. 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 treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (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. 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.

9. INDEPENDENCIA CONTRACTUAL

Queda expresamente establecido que el afiliado gozará de plena libertad para asignar a los médicos y hospitales que estime convenientes, ya sea que pertenezcan a la Red de Servicios Médicos o que se trate de proveedores de servicios médicos no registrados. Por lo tanto, la responsabilidad en la designación de los médicos y hospitales recae en el afiliado.

10. ALTA Y BAJA DE AFILIADOS

A. SOLICITUD DE COBERTURA.
Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las

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

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 treinta 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 treinta 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 quedaran aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, en caso de dar su consentimiento después de los treinta días siguientes a la

fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo la aseguradora podrá exigir requisitos médicos si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. 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 treinta días siguientes al nacimiento quedará asegurado con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza en caso de dar su consentimiento después de los treinta días siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo la aseguradora podrá exigir requisitos médicos, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. 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

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. 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 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

De acuerdo a lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el afiliado deberá comunicar a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el afiliado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. en lo sucesivo. Asimismo 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. 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 contnua de cobertura dentro de la colectividad del cual se separa.

Dicho beneficio se aplica tanto al Afiliado Titular como a sus dependientes y se otorgará siempre y cuando la Póliza colectiva continúe vigente con General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. Este beneficio no aplicará al desintegrarse la colectividad asegurada.

13. PAGOS

A. EDAD

Para efectos de este Contrato, los límites de aceptación son desde el nacimiento y hasta los 64 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 Sobre el 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, sujeto a las políticas de cobranza vigentes de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., en cuyos casos se aplicará un descuento por pago anticipado de acuerdo al procedimiento que para tal efecto tenga registrado General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 contratados en la Póliza, en caso de reembolso el copago será deducido de la indemnización. Una lista de estos se especifica en la carátula de la Póliza. En caso de no cumplir con este requisito, será motivo para rescindir su cobertura familiar.

En caso de que el afiliado sufra un accidente, éste quedará excento del copago correspondiente.

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.

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

15. RENOVACIÓN

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las Notas Técnicas respectivas.

Esta Póliza podrá ser renovada previa solicitud por escrito del Contratante, dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza existente. No obstante que el Contratante solicite la renovación de esta Póliza dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza, la Compañía se reserva la facultad de otorgar dicha renovación. La edad máxima de renovación será hasta los 69 años cumplidos.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En 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.**

16. CAMBIO DE PROGRAMA

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. a solicitud del Asegurado, podrá otorgar cambio de programa en la renovación de la Póliza, previa revisión del historial de la misma. Dicho cambio deberá solicitarse por escrito los primeros treinta días naturales a partir del inicio de la vigencia de la Póliza.

17. 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 de acuerdo a la selección que se realice al momento de la solicitud, 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.

18. 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 Asegurados por este medio autorizan a cualquier Proveedor a revelar todos los hechos pertenecientes a tal cuidado y tratamiento; también para rendir informes referentes al cuidado de la condición física y médica del Afiliado.

Las obligaciones de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior, tal como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

ARTÍCULO 69
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del

asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ARTÍCULO 70
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Asimismo, 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.

19. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL

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 disposición 15.9.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica.
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.

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.

La prestación de servicios de las Pólizas tarificadas con base en su experiencia propia de siniestralidad cesarán al día siguiente de terminada la vigencia.

20. CAUSAS DE RESCISIÓN

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

1. 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.

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

21. CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO

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.

22. CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

Por falta de pago de la prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 13. PAGOS inciso B) PRIMA de estas Condiciones Generales.

23. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo al artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos señalados en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, donde menciona que dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

24. SUBROGACIÓN DE DERECHOS
(TRANSCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO 163 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)

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

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

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. REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

27. AGRAVACIÓN

En aquellos casos en que el Asegurado no cumpla con las campañas de medicina preventiva o haga caso omiso del tratamiento y

sugerencias médicas que se le proporcionen, la Compañía podrá considerar que el Asegurado incurre en una agravación de riesgo, por lo que se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro quedando liberada de toda responsabilidad civil presente o futura.

28. DIVIDENDOS

Este producto no otorga dividendos.

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 13 de Abril de 2016 con el número CNSF-H0707-0016-2016/ CONDUSEF-000032-01 y 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 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, 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

De conformidad a la colectividad de riesgo al que pertenezca cada uno de los afiliados, se les otorgarán los siguientes servicios:

1. Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.
2. Las siguientes Inmunizaciones para menores de cinco años: Polio, DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos), Sarampión y BCG (Tuberculosis), SRP (Triple Viral: Sarampión, Rubeila y parotiditis), Hexavalente (DPT, Polio, Hepatitis B, y HIB), Neumococo e Influenza.
3. Inmunizaciones para colectividades de riesgo: SR (Sarampión y Rubeola), Td (Toxoide tetánico y diftérico).
4. Detección oportuna de cáncer ginecológico, (examen de mama, mamografía y Papanicolaou), de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de cáncer de colón 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 Y/O CERTIFICADO)

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, así como Ginecólogos y Médicos Especialistas 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. La Póliza amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Ginecólogo que dada la característica de su especialidad, las pacientes no requieren dicha referencia.

3. MATERNIDAD

(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

Se consideran cubiertos los gastos de los incisos 1 a 5 de esta cláusula, siempre que el embarazo se geste 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. El periodo de espera se considera cumplido si la gestación del embarazo se presenta después de treinta días de vigencia continua e ininterrumpida de esta Póliza y la cobertura correspondiente. Este periodo de espera es aplicable para los siguientes incisos.

1. Control Prenatal.
2. Cuidados de maternidad (parto o cesárea). Quedarán cubiertos hasta tres ultrasonidos con su copago correspondiente en caso de no tener contratada la cobertura de Servicios Auxiliares de Diagnóstico.
3. Cuidados del recién nacido. Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y continua éste deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento, siempre y cuando la prima correspondiente se encuentre pagada y el parto haya sido cubierto por el programa.
4. Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, (siempre y cuando 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 y cuando el parto haya sido cubierto por el programa y atendido por la red de proveedores de General de Salud, Compañía de Seguros S.A.

4. AYUDA EN MATERNIDAD

(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

Quedarán cubiertos los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea siempre y cuando la madre asegurada tenga diez meses de cobertura continua e ininterrumpida con General de Seguros, Compañía de Seguros S. A.

Se cubrirán los gastos erogados por la afiliada incluyendo los honorarios médicos-quirúrgicos hasta la suma asegurada contratada particularmente para esta cobertura, sin aplicar deducible ni coaseguro. No se cubrirá ningún otro gasto previo o posterior excepto de los que sean consecuencia directa de las complicaciones que a continuación se enuncian:

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- Estados de fiebre puerperal.
- Estados de eclampsia y toxemia del embarazo
- Embarazo molar (Mola hidatiforme).

Para el caso exclusivo de las complicaciones se cubrirá el total de los gastos erogados por la afiliada desde su ingreso hasta el alta incluyendo los honorarios médicos-quirúrgicos con un límite del saldo de la suma asegurada global contratada aplicando el deducible y coaseguro o copagos contratados para la cobertura de hospitalización.

Cuidados del recién nacido y padecimientos congénitos. Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y contínua éste deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes

a su nacimiento, siempre y cuando la prima correspondiente se encuentre pagada y el parto haya sido cubierto por el programa mediante esta cobertura.

5. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

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 o Resinas.
6. Extracciones simples, excepto terceros molares.
7. Drenaje de absceso.
8. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales indispensables a consecuencia de un accidente, amparado y cubierto por el programa, siempre y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido el accidente.

6. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

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).

7. HOSPITALIZACIÓN

(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

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.
22. Se cubrirán las consultas homeopáticas siempre y cuando sean otorgadas por un médico homeópata con Título profesional.
23. Se cubren los tratamientos quiroprácticos hasta un máximo de 30 sesiones por cada accidente y/o enfermedad amparada, siempre y cuando sean otorgadas por un Quiropráctico con Título profesional, previa autorización de la Compañía.
24. **EVENTO DE ALTO COSTO** General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., cubrirá, previa autorización expresa por escrito, los gastos derivados de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y/o los medicamentos requeridos para el tratamiento extra hospitalario de los padecimientos que por su evolución natural, complejidad o complicación demanden un manejo que eleve el costo de su atención y que sean amparados por esta cobertura (como por ejemplo y sin limitarlo a: Diabetes, Hipertensión, Cáncer de cualquier tipo, etc.), bajo las siguientes condiciones:

24.1 Es necesario que el asegurado esté en control de su padecimiento con los proveedores de la red médica de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. En caso de que el asegurado haga caso omiso al control de su padecimiento, General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. Se reserva el derecho de cesar la cobertura de "Evento Ambulatorio de Alto Costo".

24.2 Los gastos médicos serán cubiertos una vez que se establezca el diagnóstico definitivo y deberán ser por un mismo padecimiento, éstos se pagarán a partir del primer peso que rebase dos meses de salario mínimo general vigente del Distrito Federal, mismos que se descontarán con cada nuevo padecimiento o renovación de Póliza. Una vez cubiertos los gastos, el Asegurado deberá presentar Informe Médico actualizado que especifique la evolución y el pronóstico de cada padecimiento cubierto cada seis meses.

24.3 Procederá vía reembolso, salvo aquellos casos que la compañía determine como pago directo,

24.4. La indemnización se hará de acuerdo a los aranceles establecidos por la compañía.

24.5 El copago aplicará sin excepción alguna y de acuerdo a la siguiente tabla:

COBERTURA	**COPAGO**
Servicios Auxiliares de Diagnóstico	El 25% del total de la factura o el estipulado en la Poliza, el que resulte mayor.
Medicamentos prescritos en consulta externa (directamente relacionados al padecimiento arriba mencionado)	El 25% del total de la factura o el estipulado en la Poliza, elque resulte mayor.

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 del aparato genitourinario; 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; Insuficiencia venosa; 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.

ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE
Se eliminan los periodos de espera en caso de Accidente Cubierto.

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

A. LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN A AFILIADOS, DENOMINADA "INFOSALUD"

Los servicios que el Módulo Telefónico "INFOSALUD" (Información del Programa de Salud) 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. Información administrativa.
4. Encuestas de servicio a clientes.
5. 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 ANTIGÜEDAD GENERADA 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 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

El Programa 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. **Procedimientos médicos o quirúrgicos que desencadenen en un aborto; que no sean recomendados por el Médico de Cuidados Primarios del Afiliado o que no esté en riesgo la vida de la madre asegurada.**
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".**
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 la Póliza, siempre que se cumpla con el periodo de espera establecido y que el parto haya estado cubierto por el programa, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.**
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 transplantes cornéales).**
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 Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
18. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes como: alpinismo, box, lucha libre o greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.**
19. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
20. **Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.**

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 Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, General de insurrección, revolución, rebelión, radioactividad o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Así mismo se excluye el terrorismo cuando el asegurado 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, parodentales, endodontales, excepto aquellos servicios contratados y cubiertos por el programa. Dichos servicios solo serán cubiertos siempre y cuando sean indispensables a consecuencia de un accidente, el cual deberá ser respaldado y documentado por el odontólogo tratante y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido.**
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 bucodental 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.**
30. **Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol como lo son: tiras reactivas para la determinación de glucosa, estetoscopios, baumanómetros, básculas, termómetros de uso personal, etc., siendo estos algunos ejemplos enunciativos más no limitativos.**
31. **Vacunas específicas para el tratamiento de alergias.**
32. **En caso de transplantes de órganos, gastos erogados en el estudio de los posibles donadores así como las complicaciones y secuelas del donante.**
33. **Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos ó bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.**

34. **Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.**
35. **Material de curación para pacientes fuera de hospital.**
36. **Aplicación y vacuna del Virus del Papiloma Humano.**
37. **Los accidentes o enfermedades que sufra el beneficiario, asegurado o afectado, como consecuencia o estando bajo los efectos o influjos de cualquier sustancia estimulante o depresora del sistema nervioso central sin importar el grado o concentración de las mismas y que en forma enunciativa corresponden a alcohol y drogas.**

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 LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

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: se mantendrá en comunicación frecuente con el médico que atiende el caso o el hospital y transmitirá la información necesaria y legalmente permisible a los miembros de su familia.

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

Transferencia o Reemplazo de Recetas para Medicamentos:
"EL PROVEEDOR" asistirá en la transferencia o reemplazo de medicinas bajo receta, cuando sea posible y permisible bajo la ley, y tras recibir la autorización del médico que atiende el caso del Beneficiario. El Beneficiario es responsable de pagar el costo de la medicina.

Cuidado y Transporte de Menores de Edad:
Cuando un menor de edad quede desatendido como resultado de la situación médica del Beneficiario, "EL PROVEEDOR" proporcionará transporte para el menor de edad hasta su lugar de residencia o a la residencia de la persona designada por el

Beneficiario y que viva en el mismo país que el Beneficiario y el menor de edad. Si es necesario, un acompañante viajará con el menor de edad.

Transmisión de Mensaje de Emergencia:
"EL PROVEEDOR" recibirá y transmitirá mensajes de emergencia del/al domicilio del Afiliado.

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

Orientación Psicopedagógica de Emergencia:
"EL PROVEEDOR" proporcionará de inmediato orientación psicopedagógica de emergencia por teléfono, con referencia a consejeros calificados para tratamiento posterior, ya sea en el lugar del incidente o después de su regreso a casa. Referencia a Intérpretes y Consejeros Legales: "EL PROVEEDOR" le proporcionará al Beneficiario referencias de intérpretes, consejeros o personal legal, según se solicite.

Coordinación de Fianza:
"EL PROVEEDOR" asistirá en la coordinación de fianza, siempre que sea permisible legalmente, siempre que el Beneficiario sea la fuente de los fondos. La coordinación de los fondos correspondientes puede incluir interacción con el Beneficiario, el familiar (si el Beneficiario lo requiere) y las autoridades locales.

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

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

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

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

EXCLUSIONES:

"EL PROVEEDOR" no proveerá servicios en los siguientes casos:

1. **Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.**
2. **Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**

3. **Si se comete un acto ilegal, cuando el asegurado sea el provocador.**
4. **Intento de suicidio.**
5. **Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que éstas sean recetadas por un médico.**
6. **Transferencia del Beneficiario de un centro médico a otro con habilidades similares y que proporcione el mismo tipo de asistencia médica.**

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

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

Aunque los servicios de asistencia están disponibles en todo el mundo, el tiempo de respuesta de transporte está relacionado directamente con la ubicación o jurisdicción en que ocurra el evento. "EL PROVEEDOR" no es responsable en caso de no poder

proporcionar servicios o de demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplo, pero sin limitarse a, condiciones del tiempo, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

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

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

2. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO)

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 69 años cumplidos.

A) COBERTURAS Y BENEFICIOS

1. **Beneficio máximo:**
   El Beneficio Máximo de esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta mil dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica. El deducible para esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica. El Beneficio Máximo que corresponde a esta cobertura es independiente del contratado en cualquier otra y será el que rija durante la vigencia 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 médica:**
   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 contratado (Ver certificado correspondiente).

En caso de que el afiliado sufra un accidente, este quedará exento del copago 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 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 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 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.

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

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. 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, improcedencia o negligencia por parte del asegurado, 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. El afiliado tendrá derecho de elegir médicos distintos a los de la red de proveedores contratados

por la Compañía, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la Compañía y el costo del servicio que le preste el médico.

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

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

En aquellos casos en los que el afiliado reciba la atención fuera del lugar declarado como de residencia, el pago de los siniestros correspondientes se ajustará al valor de los aranceles de la plaza en que fue declarada dicha residencia.

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 indemnización por mora de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

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 13 de Abril de 2016 con el número CNSF-H0707-0016-2016/CONDUSEF-000032-01 y a partir del día 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016.

Notas

n-04-msc-v2

INFOSALUD

ATENCIÓN A CLIENTES

800.72.SALUD

72583

Oficina Matriz

Patriotismo 266
San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX
Tel. 55.5270.8000

Buzón electrónico

atencionaclientes@gsalud.com.mx

N-04-MSC-V2

GENERAL DE SEGUROS
AHORA ES TODO

GENERAL DE SEGUROS SALUD