



Condiciones Generales MULTISALUD INDIVIDUAL

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 10 de julio de 2024 con el número CNSF-H0707-0035-2024/CONDUSEF-006520-01.

El asegurado podrá tener acceso a la consulta de su contrato de seguro, a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

Contenido

| | |
|---|-----------|
| 1.OBJETO DEL SEGURO..... | 8 |
| 2.DEFINICIONES:..... | 8 |
| ACCIDENTE. | 9 |
| ACCIDENTE CUBIERTO. | 9 |
| ASEGURADO(S). | 9 |
| ASEGURADO TITULAR. | 9 |
| AUTORIZACIÓN PREVIA | 9 |
| AYUDANTE. | 9 |
| COBERTURA. | 10 |
| COBERTURA ADICIONAL | 10 |
| CONDICIONES GENERALES. | 10 |
| CONTRATANTE. | 10 |
| CONTROL PRENATAL. | 10 |
| COPAGO. | 10 |
| CULPA GRAVE: | 11 |
| DEDUCIBLE. | 11 |
| DEPENDIENTES ECONÓMICOS | 11 |
| DEPORTE PROFESIONAL. | 11 |
| DIAGNÓSTICO. | 11 |
| ELEGIBILIDAD. | 11 |
| ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS. | 12 |
| ENDOSO | 12 |
| ENFERMEDAD. | 12 |
| ENFERMEDAD CUBIERTA. | 12 |

| | |
|--|-----------|
| ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE. | 12 |
| ENFERMERA. | 13 |
| EPIDEMIA | 13 |
| FENÓMENOS NATURALES | 13 |
| GENERAL DE SALUD. | 13 |
| HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO. | 14 |
| HOSPITALIZACIÓN. | 14 |
| MANUAL DEL ASEGURADO. | 14 |
| MEDICINA ALTERNATIVA. | 14 |
| MEDICINA COMPLEMENTARIA. | 14 |
| MÉDICO. | 14 |
| MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP). | 14 |
| MÉDICO ESPECIALISTA. | 14 |
| MÉDICO TRATANTE. | 14 |
| ÓRDEN DE SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. | 15 |
| PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. | 15 |
| PAGO DIRECTO. | 15 |
| PANDEMIA. | 15 |
| PERIODO AL DESCUBIERTO. | 15 |
| PERIODO DE ESPERA. | 15 |
| PERIODO DE GRACIA. | 15 |
| PESTES. | 16 |
| PLAN O PLAN DE SALUD. | 16 |
| PÓLIZA. | 16 |
| PROVEEDOR. | 16 |
| PROVEEDOR PARTICIPANTE. | 16 |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. | 16 |

| | |
|---|-----------|
| REEMBOLSO. | 16 |
| REFERENCIA | 17 |
| REHABILITACIÓN DEL CONTRATO. | 17 |
| SUMA ASEGURADA: | 17 |
| TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS | 17 |
| TERRITORIALIDAD. | 17 |
| TOPE DE COPAGO. | 17 |
| TRATAMIENTO MÉDICO. | 18 |
| URGENCIA MÉDICA O EMERGENCIA MÉDICA | 18 |
| ZONA DE CONTRATACIÓN. | 18 |
| ZONA DE ATENCIÓN. | 18 |
| 3. CLÁUSULAS GENERALES | 18 |
| CONTRATO. | 18 |
| COSTO DE ADQUISICIÓN (COMISIONES). | 19 |
| OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES. | 19 |
| AGRAVACIÓN DEL RIESGO. | 19 |
| CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC). | 20 |
| CAMBIO DE PLAN. | 21 |
| CAUSAS DE RESCISIÓN. | 21 |
| CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL. | 22 |
| CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA. | 24 |
| COMPETENCIA. | 24 |
| ELEGIBILIDAD | 24 |
| DEL ASEGURADO TITULAR | 25 |
| DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES | 25 |
| CAUSAS DE INELEGIBILIDAD | 25 |
| INDEPENDENCIA CONTRACTUAL. | 25 |

| | |
|---|-----------|
| INDEPENDENCIA LABORAL. | 26 |
| REHABILITACIÓN. | 26 |
| RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA | 26 |
| MODIFICACIONES AL CONTRATO. | 27 |
| NOTIFICACIONES. | 27 |
| RESIDENCIA. | 27 |
| 4. CLÁUSULAS PARTICULARES | 27 |
| INFORMACIÓN PARA OPERACIONES. | 27 |
| PRECEPTOS LEGALES. | 28 |
| NO DISCRIMINACIÓN. | 28 |
| LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF). | 28 |
| CLÁUSULA DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. | 28 |
| USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS | 28 |
| 5.OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE | 32 |
| PRIMA. | 32 |
| ALTA Y BAJA DE ASEGURADOS | 33 |
| PRESCRIPCIÓN. | 34 |
| 6. VIGENCIA DEL SEGURO | 35 |
| INICIO DE VIGENCIA. | 35 |
| TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA. | 35 |
| RENOVACIÓN. | 35 |
| EDAD. | 37 |
| 7. SUMA ASEGURADA..... | 37 |
| 8. COBERTURA BÁSICA..... | 37 |
| MEDICINA PREVENTIVA | 37 |
| 9. COBERTURAS ADICIONALES..... | 39 |

| | |
|---|-----------|
| MANTENIMIENTO DE LA SALUD | 39 |
| MATERNIDAD. | 41 |
| SERVICIOS ODONTOLÓGICOS | 42 |
| SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO | 43 |
| HOSPITALIZACIÓN | 44 |
| EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO | 49 |
| 10. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA..... | 51 |
| GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES: | 51 |
| GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS: | 51 |
| GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS: | 52 |
| GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE TREINTA DÍAS: | 52 |
| ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE | 52 |
| LIMITACIONES | 52 |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD GENERADA EN OTROS PLANES O COBERTURAS DE SALUD SIMILARES. | 53 |
| 11. EXCLUSIONES GENERALES | 53 |
| 12 PLANES DISPONIBLES..... | 59 |
| 13 RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES | 60 |
| 14 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES | 60 |
| COPAGOS. | 60 |
| SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED. | 60 |
| PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED. | 62 |
| SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO | 63 |
| PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO POR REEMBOLSO | 64 |
| INTERÉS MORATORIO | 66 |

| | |
|---|-----------|
| MONEDA | 67 |
| SUBROGACIÓN DE DERECHOS | 67 |
| 15. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS. | 67 |
| LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO | 68 |
| CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS | 71 |
| LEY PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS | 73 |
| LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS | 78 |
| CÓDIGO PENAL FEDERAL | 86 |

1.OBJETO DEL SEGURO

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., denominada en adelante como “General de Salud” ofrece el Producto de MultiSalud Individual que proporciona la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del Asegurado.

El objetivo es prevenir algunas enfermedades frecuentes en la población mexicana, a través de la medicina preventiva y la detección oportuna de enfermedades, generando un cambio en el estilo de vida, no obstante, si, después de los esfuerzos preventivos, el Asegurado presentara alguna enfermedad o accidente cubierto, esta institución ofrece las siguientes coberturas adicionales para reducir el impacto económico que pudieran generar:

- Mantenimiento de la Salud
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico
- Servicios Odontológicos
- Maternidad
- Hospitalización
- Emergencia en el Extranjero

La Póliza de seguro, la documentación contractual y las disposiciones que integran el clausulado del contrato de seguro, respetan la dignidad y los derechos humanos y fundamentales del Contratante, del Asegurado y de los Beneficiarios de coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

2.DEFINICIONES:

Para la interpretación y cumplimiento de este Contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

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

En caso de no haber recibido la notificación por escrito por parte del Asegurado dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha del Accidente, no se considerará Accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

ACCIDENTE CUBIERTO. Es aquel accidente originado dentro del período de vigencia de la Póliza de General de Salud.

ASEGURADO(S). La(s) persona(s) cubierta(s) por el Plan Salud y cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en Carátula de la Póliza y ha(n) sido aceptado(s) por General de Salud para tener derecho a los beneficios contratados que otorga el presente Contrato.

ASEGURADO TITULAR. Persona física, mayor de edad, que es responsable de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este Contrato, además de ser el responsable de firmar la Solicitud del Plan de Salud, con ese carácter.

AUTORIZACIÓN PREVIA. Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación del Departamento Médico de General de Salud para una referencia, servicio o procedimiento que lo requiera, entregando al asegurado una carta autorización.

AYUDANTE. Médico que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de un evento quirúrgico y cuya participación es indispensable.

COBERTURA. Es el conjunto de beneficios estipulados en la Póliza, ofrecidos por General de Salud en virtud del pago de la prima.

COBERTURA ADICIONAL. Es aquella que se puede agregar al Plan de Salud mediante el pago de una Prima adicional y se estipule en la Carátula de la Póliza.

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 del presente Contrato para sí y/o para terceras personas, cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza, y que tiene como obligación el pago de las Primas estipuladas en la misma.

CONTROL PRENATAL. Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

COPAGO. Cantidad que el Asegurado debe pagar por cada servicio específico que reciba. El copago aplicará una vez descontado el Deducible (en caso de contratarse) al monto de reclamación. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. El listado específico y detallado de

los copagos a cubrir por el Asegurado aparecen en la carátula de la Póliza.

CULPA GRAVE: Toda acción u omisión inexcusable, negligente o deliberada por parte del Asegurado.

DEDUCIBLE. Cantidad a cargo del Asegurado que se establece en la Carátula de la Póliza, aplicable una sola vez por cada vigencia de la Póliza, independientemente del número de padecimientos, por la atención de un Servicio Médico procedente derivado de la Cobertura de Hospitalización. Este será reinstalado con la misma frecuencia con la que se reinstala la Suma Asegurada.

En caso de accidente el deducible quedará exento.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular, al cónyuge y los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 años. 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.

DEPORTE PROFESIONAL. Aquél en el que el deportista se sujeta a una relación de trabajo, obteniendo una remuneración económica por su práctica.

DIAGNÓSTICO. Procedimiento clínico por el cual se identifica una enfermedad, estado patológico o de salud. En medicina, se conoce como diagnóstico a la identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas.

ELEGIBILIDAD. Derecho que adquiere el Asegurado al reunir todos los requisitos para ser dado de alta en el Plan de Salud.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS. Es el derecho que adquiere un Asegurado al reunir todos los requisitos para recibir servicios bajo las condiciones que establece el Plan de Salud.

ENDOSO. Documento emitido por General de Salud que modifica, previo acuerdo entre el Contratante y General de Salud, las condiciones del Contrato y forma parte de este.

ENFERMEDAD. Se entiende por enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Se considera como una misma Enfermedad todas aquellas alteraciones o padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

No se considerarán como Enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado incluyendo aquellas que se deriven del consumo de alcohol, drogas o cualquier tipo de estupefacientes. El Embarazo no se considera una Enfermedad.

ENFERMEDAD CUBIERTA. Es aquella Enfermedad originada dentro del período de vigencia del Plan de Salud, cuyo inicio, así como el primer gasto y/o primera atención médica ocurra mientras se encuentre vigente el presente contrato y que no esté expresamente excluida en la Póliza o no se encuentre dentro del Periodo de Espera correspondiente.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Es aquel padecimiento y/o Enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente

médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

Cuando General de Salud 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 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.

ENFERMERA. Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

EPIDEMIA Una epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo. La declaración oficial del estado de epidemia será la que dé a conocer la Secretaría de Salud.

FENÓMENOS NATURALES Es un evento de cambio que ocurre en la naturaleza, cuyo origen no es provocado por ser humano.

GENERAL DE SALUD. 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 Plan de Salud, es la estancia continua del Asegurado en un hospital, clínica o sanatorio, siempre y cuando esta sea justificada y comprobable para el padecimiento a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

MANUAL DEL ASEGURADO. Documento de consulta mediante el cual se provee información al Asegurado acerca del funcionamiento del Plan de Salud.

MEDICINA ALTERNATIVA. Se refiere al uso de la medicina complementaria y alternativa en reemplazo de la medicina convencional.

MEDICINA COMPLEMENTARIA. Hace referencia a las prácticas no convencionales utilizadas junto con las de medicina convencional, como el empleo de la acupuntura en forma adicional a los métodos usuales para aliviar el dolor.

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

MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP). Es el Médico del Asegurado, responsable de su atención médica, incluyendo las órdenes 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 Asegurado.

ÓRDEN DE SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. Es un documento, emitido por General de Salud, con el que se solicita que se le otorgue al Asegurado un servicio médico preventivo de acuerdo con su edad, sexo y lo descrito en la cobertura de Medicina Preventiva de las presentes Condiciones Generales.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al nacimiento o se manifiesten en cualquier momento de la vida.

PAGO DIRECTO. Beneficio mediante el cual General de Salud pagará directamente al proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por la Póliza.

PANDEMIA. Propagación mundial de una nueva enfermedad. La declaración oficial del estado de pandemia será la que dé a conocer la Organización Mundial de la Salud al cumplirse los siguientes criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por trasmisión comunitaria.

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 continuo e ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia del Asegurado en la Póliza para que los beneficios sean cubiertos.

PERIODO DE GRACIA. Plazo con el que cuenta el Contratante o Asegurado 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 (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

PESTES. Enfermedad infecciosa contagiosa que afecta tanto a animales como a humanos y puede causar gran índice de mortalidad.

PLAN O PLAN DE SALUD. Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por General de Salud.

PÓLIZA. Documento que entrega General de Salud, 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 póliza deben ser interpretados de acuerdo con el clausulado que le resulte aplicable (Condiciones Generales y Endosos). Por lo tanto, para hacer efectiva cualquiera de las Coberturas y Beneficios que ampara la póliza, el Asegurado debe sujetarse al clausulado y endosos que formen parte del presente Contrato.

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

PROVEEDOR PARTICIPANTE. Proveedor previamente seleccionado y con el cual se ha celebrado convenio para participar en el Plan de Salud.

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. Este deberá constar por escrito.

REEMBOLSO. Proceso mediante el cual General de Salud restituye los gastos procedentes realizados por el Asegurado Titular a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta póliza.

El pago por reembolso estará limitado por el gasto usual y acostumbrado, así como por los Tabuladores de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos definidos por General de Salud.

REFERENCIA. Es la canalización hecha por escrito por parte de un Médico de Cuidados Primarios, para que el Asegurado reciba los servicios de un Médico Especialista. En los casos de atención gineco-obstétrica, pediátrica, geriátrica o de algún médico familiar o internista, no será necesaria dicha referencia, el Asegurado podrá solicitar directamente el servicio.

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

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de General de Salud, de acuerdo con el plan contratado, a consecuencia de una enfermedad, accidente o servicio cubierto. Ésta aplica como un Límite Único y Combinado (LUC), para uno o varios servicios, padecimientos o coberturas dentro de la misma vigencia, misma que será reinstalable a la renovación de la póliza.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS. Catálogo de servicios médicos y procedimientos quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo que pagará General de Salud por cada uno de estos.

TERRITORIALIDAD. La presente póliza sólo será aplicable a los servicios médicos procedentes realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos a consecuencia de un padecimiento cubierto.

TOPE DE COPAGO. Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Copago por cada Hospitalización. El tope se especifica en la Carátula de la Póliza.

TRATAMIENTO MÉDICO. Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del Asegurado, a causa de un Accidente o Enfermedad.

UMA: Unidad de Medida y Actualización

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual

URGENCIA MÉDICA O EMERGENCIA MÉDICA. Es cuando un padecimiento o Accidente cubierto por la Póliza, pone en peligro la vida, la funcionalidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Asegurado, para la cual se requiere intervención médica inmediata.

ZONA DE CONTRATACIÓN. Es la zona que le corresponde al Asegurado de acuerdo con el lugar donde este tenga su residencia permanente.

ZONA DE ATENCIÓN. Es la zona en que el Asegurado recibe los servicios médicos de esta Póliza.

3. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO. Se integra por: Las declaraciones del Contratante y del Asegurado Titular manifestadas por escrito a General de Salud 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, Folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, y Folleto Explicativo del Asegurado (Manual del Asegurado) forman constancia del Contrato celebrado entre el Contratante y General de Salud y bajo el mismo, quedarán amparados todos los Asegurados que ingresen a esta Póliza.

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

COSTO DE ADQUISICIÓN (COMISIONES). Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a General de Salud, 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, 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.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES. El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a General de Salud, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato. En caso de no hacerlo la Compañía podrá rescindir de pleno derecho el Contrato desde inicio de vigencia.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos en estos documentos facultará a General de Salud para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no influyan en la realización de un evento descrito en el apartado de Coberturas.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO. De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado y todos los integrantes de la póliza deberán comunicar a General de Salud las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Asegurado o alguno de los integrantes de la Póliza omitieran el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud en lo sucesivo. Si el Asegurado no cumple con dichas obligaciones, General de Salud no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que el Asegurado, o alguno de los integrantes de la póliza, no cumpla con las campañas de medicina preventiva o hagan caso omiso del tratamiento y sugerencias médicas que se les proporcionen, General de Salud podrá considerar que incurren en una agravación de riesgo.

Asimismo, si alguno de los integrantes de la Póliza realiza un cambio de ocupación distinta a la declarada, a una más peligrosa, deberán dar aviso por escrito a General de Salud, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el Riesgo al cual se exponen por dicha ocupación. General de Salud 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.

CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, o que resulte dubitativa por considerarse que pudiere favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139,139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos

antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta, disposición Septuagésima o Septuagésima Primera o disposición Septuagésima Séptima del acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.”

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que General de Salud tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

General de Salud consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

CAMBIO DE PLAN. General de Salud a solicitud del Asegurado, podrá otorgar cambio de Plan en la renovación de la Póliza, previa revisión del historial de la misma. Dicho cambio deberá solicitarse por escrito dentro de los primeros treinta días naturales a partir del inicio de la vigencia de la Póliza. En el caso de existir gastos por concepto de padecimientos cubiertos e iniciados en vigencias anteriores, los mismos serán cubiertos bajo las nuevas condiciones de Suma Asegurada, Copago y Deducible con base en las condiciones solicitadas para la póliza renovada.

CAUSAS DE RESCISIÓN. El presente Contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que General de Salud tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Contratante o Asegurados para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado Titular o de cualquiera de sus

Dependientes, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este Seguro.

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

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

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

Lo anterior de acuerdo con lo estipulado por los artículos 8,9,10,47,48,69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL. General de Salud está obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de seguro dentro de la vigencia de este, y de acuerdo con las coberturas contratadas estipuladas en la carátula de la Póliza.

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 de la 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.

Otras causas de terminación de la obligación contractual son las siguientes:

Falta de Pago: General de Salud podrá dar por terminada la relación por falta de pago de la Prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula “Pagos” de estas Condiciones Generales.

1. A petición del Asegurado y/o Contratante: Para terminar anticipadamente este Contrato, el Asegurado y/o Contratante deberá dar aviso por escrito o por correo electrónico de acuerdo con lo indicado en el apartado “Comunicaciones” a General de Salud de este hecho. General de Salud tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor y devolverá al Contratante la Prima pagada de los meses posteriores a la fecha de cancelación de la póliza (Prima no devengada pagada) y no incluirá en dicha devolución las Primas de las Coberturas que hubieran sido afectadas por un siniestro durante la vigencia de la Póliza.
2. Las primas no devengadas serán devueltas en un plazo no mayor a 30 días, contados a partir de la fecha en que General de Salud cuente con la documentación completa por parte del Asegurado y/o Contratante para realizar la devolución.

La responsabilidad de General de Salud 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 Plan continuará en vigor para el Asegurado y este se obliga a cubrir la Prima correspondiente, hasta en tanto General de Salud no emita la cancelación correspondiente.

CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA. Por falta de pago de la prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo con lo estipulado en la cláusula “PRIMA” de estas Condiciones Generales.

COMPETENCIA. De acuerdo con la Disposición 15.9.10 de la Circular Única de Seguros y de Fianzas, en las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, General de Salud deberá sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, a las disposiciones aplicables a los arbitrajes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

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

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o General de Salud 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.

ELEGIBILIDAD

DEL ASEGURADO TITULAR

Ser mayor de edad y hasta 64 años cumplidos.

DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

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

- 1) Ser cónyuge del Asegurado Titular.

- 2) Ser hijo o estar bajo tutela legal del Asegurado Titular, siempre y cuando:
 - a) Sea soltero y dependa legal y económicamente del Asegurado Titular.
 - b) Sea estudiante de tiempo completo y asista a una Escuela, Colegio o Universidad acreditados, sin haber alcanzado los 25 años.
 - c) Sea menor de 18 años en el caso de que no asista a una institución educativa acreditada.

- 3) Ser padre o madre del Asegurado Titular que:
 - a) Dependan económicamente del Asegurado Titular y
 - b) Tengan hasta 64 años de edad.

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

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

CAUSAS DE INELEGIBILIDAD

Si la persona fue previamente Asegurada del Plan de Salud y su cobertura fue terminada por cualquiera de las causas que se especifican en la cláusula “CAUSAS DE RESCISIÓN”.

INDEPENDENCIA CONTRACTUAL. Queda expresamente establecido que el Asegurado gozará de plena libertad para elegir a los médicos y hospitales que estime convenientes, ya sea que pertenezcan a la Red de Proveedores Participantes o que se trate de Proveedores no participantes de Servicios Médicos. Por lo

tanto, la responsabilidad en la elección de los Médicos y Hospitales recae en el Asegurado.

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

REHABILITACIÓN. En caso de que los beneficios de este Plan hubieren cesado por falta de pago de las primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, presentando la documentación correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose General de Salud la aprobación de la misma de acuerdo a la selección que se realice al momento de esta solicitud, en cuyo caso la póliza conservará su vigencia original, para lo cual General de Salud calculará a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo.

En los casos que opere la Rehabilitación, se considerará que el periodo de cobertura se ha interrumpido, por lo que reiniciará la aplicación de periodos de espera, eliminando la antigüedad reconocida y generada dentro de General de Salud.

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA. El asegurado podrá solicitar la rectificación de la póliza en los términos del Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro que a la letra dice:

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán

aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones” Este derecho se hace extensivo al Contratante.

MODIFICACIONES AL CONTRATO. Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y General de Salud, dichas modificaciones deberán constar en Endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por General de Salud, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

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

Los requerimientos y comunicaciones que General de Salud deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección conocida por General de Salud.

RESIDENCIA. Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar protegidos por el Plan de Salud, las personas que radiquen legalmente y de manera permanente en la República Mexicana.

4. CLÁUSULAS PARTICULARES

INFORMACIÓN PARA OPERACIONES. Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Salud, 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 General de Salud, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldesalud.mx.

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

NO DISCRIMINACIÓN. General de Salud 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 General de Salud, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

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, 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, Alcaldía Benito Juárez Código Postal 03800, Ciudad de México. y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx o visite www.generaldesalud.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 y/o al Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080, y/o al correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite www.condusef.com.mx

CLÁUSULA DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.

USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las

Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que General de Salud pone a disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la página de internet www.generaldesalud.mx. En dichos “Términos y condiciones”, el Asegurado podrá consultar de manera detallada, siempre que aplique para el producto contratado:

a) Las operaciones y servicios disponibles: Se podrá realizar a través de los medios electrónicos la cotización, contratación, domiciliación de pago, designación de beneficiarios, cambio de correo electrónico, registro de cuenta bancaria para transferencia de compensación, consulta de documentación contractual y facturas, requisitos y formatos para trámites, corrección de datos de identificación, cambio de forma de pago, y en general cualquier servicio que General de Salud ponga a disposición aplicable a la póliza.

b) Medios de identificación del usuario: Para la cotización y contratación del producto de seguro, usted deberá proporcionar datos de identificación obligatorios. Posteriormente, para acceder a los demás beneficios y servicios, se deberá descargar la app de las tiendas virtuales oficiales, y al registrarse se le proporcionará un nombre de usuario, posteriormente se tendrá que crear una contraseña de al menos ocho caracteres.

c) Responsabilidades por uso de los medios de identificación: El Asegurado será responsable de que los datos que ingrese en nuestra página web y en la app, sean correctos y veraces. En caso de ingresar datos de terceros, el Asegurado será responsable de los consentimientos respectivos y del buen uso de éstos.

d) Mecanismos y procedimientos para la notificación de operaciones y servicios: General de Salud pone a disposición del Asegurado diversos medios de comunicación en relación con las operaciones y servicios derivados del uso de medios electrónicos,

como son la página web www.generaldesalud.mx, app, correo electrónico, y el centro de contacto telefónico de General de Salud.

e) Mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas: Para cancelar las operaciones electrónicas, el Asegurado deberá cancelar el seguro a través de los mecanismos de comunicación autorizados.

f) Restricciones operativas: Las operaciones y servicios aplicables al producto, serán gestionadas a través de Medios Electrónicos. No obstante, lo anterior, el Asegurado tiene en todo momento el derecho de ser asistido de manera telefónica a través del centro de contacto telefónico o de modo presencial en cualquiera de las sucursales de General de Salud.

El documento de Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos, así como la documentación contractual de este producto, están disponibles para consulta del Asegurado en la red electrónica mundial denominada internet, en la página de General de Salud, en todo momento actualizadas.

Dependiendo de la naturaleza de las operaciones y servicios realizados, los medios donde constan y se confirman los mismos, son los siguientes:

a) Correo electrónico: Se remitirá al correo electrónico que se registre en la página web, el Kit de emisión que contiene la documentación del producto, así como factura y, posteriormente, el enlace para confirmar el alta en la app, y generar la contraseña para tener acceso a todos los beneficios del producto. Asimismo, los trámites posteriores a la emisión de la póliza se podrán solicitar por este medio.

Para información sobre todos los trámites posteriores a la emisión de la póliza, tales como endosos, cambios de beneficiario, corrección de nombre, etc. General de Salud pone a disposición el correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx, así como el teléfono 800 72 SALUD (72583).

Los mensajes de datos darán constancia de todas estas operaciones.

b)Teléfono: En caso de que resulte necesario, General de Salud podrá llamar telefónicamente al número que haya registrado.

-Llamadas de salida: Como parte del producto (en caso de aplicar), General de Salud podrá realizar una llamada telefónica, para el seguimiento de asesoría médica telefónica o administrativa.

-Llamadas entrantes: Como parte del producto, el Asegurado podrá realizar llamadas las 24 horas del día, los 365 días del año, para solicitar asesoría médica telefónica o administrativa. Asimismo, se podrá solicitar por este medio información sobre trámites, endosos, y cualquier operación relacionada con la póliza.

Se conservarán las grabaciones de dichas llamadas por el periodo que fije la relación jurídica y la normatividad aplicable, como constancia de estas operaciones.

c)Mensajes de Texto SMS: Se remitirán SMS al teléfono celular que se registre, en su caso, información relacionada con los beneficios de la póliza.

d)Aplicación (app): Esta app permitirá al Asegurado realizar trámites posteriores a la contratación del seguro, tales como: cambio de correo electrónico, consulta de documentación contractual y facturas, requisitos y formatos para trámites, localización proveedores dentro de la Red de General de Salud, entre otros. Esta app, dejará constancia de las operaciones realizadas en la bitácora respectiva. La app podrá ser descargada a través de las tiendas virtuales oficiales de IOS y Android.

La contraseña, deberá ser de al menos ocho caracteres. El uso de ésta es responsabilidad del Asegurado.

e)Riesgos inherentes a la realización de Operaciones Electrónicas: Por la naturaleza de los medios electrónicos, existen riesgos tales como usurpación de identidad, robo de información, software malicioso, fallas tecnológicas, discontinuidad de los servicios, etc. Los Medios Electrónicos de General de Salud son

razonablemente confiables, si bien ningún sistema informático está exento de riesgos.

f) Sugerencias de seguridad de la información: Por A fin de prevenir la realización de operaciones irregulares o ilegales que vayan en detrimento del patrimonio de los Usuarios y de General de Salud, se sugiere se sigan las siguientes recomendaciones:

1. Nunca dar información confidencial fuera de sitios de confianza, como lo son los relacionados con este producto.
2. No instalar programas cuando se desconoce el fabricante.
3. Evitar conectarse a redes públicas o dudosas.
4. No compartir usuario ni contraseña con terceros.
5. Utilizar antivirus y cortafuegos (firewall)
6. Utilizar contraseñas robustas, y no repetirlas de otros sitios.

General de Salud 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 General de Salud, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

5.OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

PRIMA. El Contratante pagará a General de Salud el total de la prima especificado en la carátula de la Póliza en el medio señalado para pago en el banco con las referencias indicadas en el recibo de pago de primas. El importe del primer recibo contendrá el total de la prima o la fracción correspondiente con los gastos de expedición completos y el importe de los recibos subsecuentes será el monto total de la prima dividido entre el número de parcialidades, sin incluir los gastos de expedición.

La prima de esta Póliza será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence al inicio de vigencia de la Póliza.

En cada renovación o inclusión de Asegurados a la Póliza, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, sexo, riesgo ocupacional o médico de cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de una reclamación, General de Salud podrá deducir, de la compensación, el total de la prima pendiente de pago.

El asegurado gozará de un periodo de gracia plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de emisión de la póliza para liquidar el total de la Prima o la primera fracción de ella correspondiente, en caso de pagos fraccionados, cada uno de estos vencerá al inicio del período que comprende, de acuerdo con lo estipulado en el Art. 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y de acuerdo con el artículo 40 dichas fracciones subsecuentes contará con un periodo de 30 (treinta) días naturales para su liquidación.

ALTA Y BAJA DE ASEGURADOS

A) Procedimiento de Alta de Asegurados

Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por el Plan, siempre que el Asegurado Titular dé aviso por escrito de este hecho dentro de los treinta días naturales siguientes del acontecimiento y sea entregada su solicitud debidamente llenada a General de Salud quien dará su aceptación en el caso que hayan sido cubiertos los requisitos de suscripción.

En caso de niños nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos por el Plan si la madre lo está y el Asegurado Titular entrega la solicitud de alta de su hijo dentro de los treinta días naturales siguientes al nacimiento.

La fecha efectiva de cobertura para un recién nacido será el día del nacimiento.

General de Salud cobrará la prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso de vigencia hasta el término de la misma, según forma de pago estipulada, considerando la edad alcanzada del Asegurado, sexo, riesgo ocupacional o médico, de acuerdo con las tarifas vigentes debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

B) Procedimientos de Baja de Asegurados

Para que un Asegurado sea dado de baja, el Asegurado Titular deberá dar aviso por escrito de este hecho.

La responsabilidad de General de Salud cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento.

En caso de que el Asegurado Titular no de aviso de inmediato, la Cobertura del Plan continuará en vigor para ese Asegurado y el Asegurado Titular se obliga a cubrir la prima correspondiente, hasta en tanto General de Salud no emita el endoso correspondiente. General de Salud devolverá al Contratante la prima que corresponda en forma proporcional por el tiempo que faltare por transcurrir desde la baja hasta el término de contrato.

PRESCRIPCIÓN. De acuerdo con el 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 haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

6. VIGENCIA DEL SEGURO

INICIO DE VIGENCIA. La Vigencia de este Contrato inicia en la fecha que se indica en la Carátula de la Póliza, entrando en vigor desde las 12:00 hrs. de la fecha de inicio.

TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA. La Vigencia de este Contrato termina en la fecha que se indica en la Carátula de la Póliza, a las 12:00 hrs. del día indicado como fin de Vigencia.

RENOVACIÓN. Esta Póliza será renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del Contratante, dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza existente. 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 General de Salud se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación. En cada Renovación General de Salud calculará las primas de acuerdo con la edad alcanzada, sexo del Asegurado, riesgo ocupacional y/o médico, de acuerdo con las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Adicionalmente el Asegurado perderá el beneficio señalado en la cláusula de “RENOVACIÓN” a que se refiere el párrafo anterior, si General de Salud comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo con lo estipulado en la cláusula “OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES” de estas Condiciones Generales.

Una vez concluida la Vigencia de un Contrato, si las Condiciones de aseguramiento se modifican, el Asegurado no podrá hacer valer los derechos y beneficios del contrato anterior, ya que estos se extinguen con la terminación de su vigencia.

En la renovación de la póliza no debe entenderse que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente.

La renovación de la póliza será en condiciones de aseguramiento congruentes a las originalmente contratadas respetando los beneficios ganados por antigüedad, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado. Los cambios que en la renovación se podrán presentar están directamente asociados a la prima, el copago, el deducible, la suma asegurada (a solicitud del contratante), coberturas (a solicitud del contratante), cláusulas que por ley o por solicitud del regulador deban adicionarse o modificarse y definiciones. Los cambios deberán notificarse al Asegurado con treinta días de anticipación a la renovación de la póliza.

En caso de cambio de Plan aplicará lo estipulado en el apartado CAMBIO DE PLAN.

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.**

EDAD. Para efectos de este Contrato, los límites de aceptación son desde el nacimiento y hasta los 64 años cumplidos.

General de Salud podrá solicitar en cualquier momento, documentos que comprueben la edad de los Asegurados inscritos. Una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de inexacta declaración, al momento de celebrar el contrato, la edad del Asegurado estuviere fuera de los límites de aceptación, los beneficios de la presente Póliza quedarán nulos y sin valor para el Asegurado, reintegrando General de Salud la prima proporcional de dicho riesgo.

7. SUMA ASEGURADA

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

Mientras se renueve la Póliza, la Suma Asegurada se reinstalará anualmente para todas las Coberturas y Beneficios.

8. COBERTURA BÁSICA

MEDICINA PREVENTIVA

General de Salud entrega órdenes de servicio de medicina preventiva, que se incorporan a cada paquete de documentos de la póliza con el nombre del Asegurado, con las cuales, durante la vigencia de la póliza, los Asegurados gozarán de los siguientes servicios:

Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.

1. Se cubrirán las vacunas establecidas por la Secretaría de Salud en el Esquema Nacional de Vacunación. En el caso

de la vacuna del Virus de Papiloma Humano se aplicará únicamente a niñas de 10 y 11 años cumplidos.

2. Inmunizaciones para colectividades de riesgo según se establezca por la Secretaría de Salud: SR (Sarampión y Rubéola), Td (Toxide Tetánico y Diftérico).
3. Exámenes de detección oportuna dependiendo del sexo y edad del Asegurado, los cuales son: detección de cáncer ginecológico, (examen de mama, mamografía y Papanicolaou), de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de cáncer de colon y recto (examen físico y prueba de sangrado microscópico en heces), campañas de detección oportuna de hipertensión arterial, de dislipidemias (determinación de colesterol y triglicéridos en sangre), de Diabetes Mellitus (glucemia en sangre).
4. Educación y Planificación familiar temporal (dispositivo intrauterino de cobre).

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

El Asegurado podrá elegir entre los Proveedores participantes de la Red Médica de General de Salud, la cual puede consultar actualizada en nuestra página web www.generaldesalud.mx (misma a la que se hace referencia en la sección “RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES”), para realizar una cita y acudir a ella siguiendo las instrucciones del proveedor, después deberá agendar una cita con su médico de cuidados primarios para la interpretación de resultados, y dependiendo el caso, la aplicación de vacunas y/o seguimiento de colocación de dispositivo intrauterino, todo lo anterior podrá realizarlo mediante la entrega directa de las órdenes de servicio de medicina preventiva.

Exclusiones de la cobertura de Medicina Preventiva.

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

a) Exámenes para extensión de certificados de salud.

b) Cualquier tipo de aplicación y vacunas para la prevención de salud que no se encuentren en el Esquema Nacional de Vacunación.

c) Otros estudios o exámenes que no sean convocados para el Asegurado.

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

9. COBERTURAS ADICIONALES

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

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

Mediante esta cobertura General de Salud cubrirá la atención médica dentro del consultorio de médicos de cuidados primarios y/o médicos especialistas que requiera el Asegurado para detectar y tratar oportunamente una Enfermedad o Accidente Cubierto. El Mantenimiento de la Salud de los Asegurados, estará a cargo del Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la red.

1.Médico de Cuidados Primarios: Se considera el Médico General.

2.Médicos Especialistas: En caso de que el Asegurado requiera atención especializada, este deberá ser canalizado por el

médico de cuidados primarios mediante una referencia médica. La Póliza amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Familiar, Médico Internista, Médico Pediatra, Médico Geriatra, Médico Ginecólogo y Obstetra que, dada la característica de su especialidad, los pacientes no requieren dicha referencia.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la Carátula de la póliza.

Exclusiones de la Cobertura Mantenimiento de la Salud.

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

a) Consultas o tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.

b) Consultas o tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos.

c) Consultas o tratamientos médicos para corregir problemas de la vista.

d) Cualquier tipo de consulta o tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.

e) Consultas con nutriólogos, acupunturistas, homeópatas y médicos de medicina alternativa.

f) Exámenes para extensión de certificados de salud.

g) Consultas con odontólogos, tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales.

h) No se cubren consultas o tratamientos de especialidad que no hayan sido remitidos por un Médico de Cuidados Primarios, a excepción de las especialidades especificadas en la descripción de la cobertura.

i) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

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

Se consideran cubiertos los gastos de los incisos 1 al 6 de esta cláusula, siempre que el embarazo se gesté dentro de la vigencia de la Póliza y cobertura.

Es requisito indispensable que, al momento del parto, la cobertura se encuentre contratada, vigente y cubierto el periodo de espera. El periodo de espera se considera cumplido si el inicio de la gestación del embarazo se presenta después de treinta días de vigencia continua e ininterrumpida de esta Póliza y la cobertura correspondiente. En caso de que el contrato sea extendido únicamente para la Asegurada Titular, el periodo de espera se considera cumplido si el inicio de la gestación del embarazo se presenta después de trece meses 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. (Consultas médicas de control y seguimiento).
2. Cuidados de maternidad durante el embarazo (parto o cesárea). Quedarán cubiertos hasta tres ultrasonidos obstétricos bidimensionales 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, este deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento y el parto haya sido cubierto por el Plan de Salud.
4. Servicios de gineco-obstetricia.
5. Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, (siempre y cuando el

parto haya sido cubierto por el Plan de Salud y el menor sea dado de alta al en el Plan dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento).

6. Complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por el Plan de Salud y atendido por la red de proveedores participantes de General de Salud.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

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

Estos servicios incluyen:

1. Consultas al odontólogo, incluye aplicación tópica de flúor en infantes.
2. Profilaxis (limpieza) e instrucciones de higiene bucal, máximo dos por año.
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 Plan, siempre y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido el Accidente.

Los servicios mencionados en el numeral 4,5 y 6 tienen un tope de atención de cinco dientes por año de vigencia de la póliza.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

Periodo de espera de la cobertura de Servicios Odontológicos.

Los gastos originados por los servicios odontológicos mencionados en el numeral 4,5,6 y 7 tienen un periodo de espera de un año.

Exclusiones de la cobertura Servicios Odontológicos.

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

a) Cualquier procedimiento que no se encuentre dentro de la descripción de la cobertura.

b) Implantes dentales.

c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

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

Mediante esta cobertura General de Salud cubrirá los Servicios Auxiliares de Diagnóstico que sirvan como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos y sean solicitados por el Médico Tratante (análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de Rayos-X e imagenología, histopatología, estudios audiológicos, pruebas respiratorias, encefalogramas, examen de la vista e isótopos radioactivos).

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

Exclusiones de la cobertura Servicios Auxiliares de Diagnóstico.

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

a) Estudios que no hayan sido prescritos por el médico tratante o que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.

b) Auxiliares de diagnóstico relacionados con odontología aun cuando hayan sido prescritos y programados por el cirujano dentista.

c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

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

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

1. Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Asegurado: representados por el costo de cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia.
2. Hospitalización no quirúrgica.
3. Hospitalización quirúrgica y Cirugía ambulatoria.
4. Honorarios del médico tratante por consultas que reciba el Asegurado durante su hospitalización, en el sanatorio u hospital.
5. Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes. Se cubrirán los honorarios quirúrgicos de acuerdo con la tabla de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos vigentes de General de Salud en la plaza donde fue contratada la póliza, incluyendo a los ayudantes.

En cada sesión quirúrgica, los honorarios médicos amparados no excederán de los siguientes límites:

-Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos establecido para cada una de éstas.

-Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, pero en diferente campo operatorio o a través de otra incisión, se pagará el 100% de la intervención cuyo importe sea mayor, además del 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

-Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 50% de lo tabulado para la cirugía principal.

-Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

-Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

-En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% cada una.

-Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, siempre y cuando transcurran al menos 24 horas entre una intervención y otra.

-Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:

a) Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%.

b) 60% de la factura hospitalaria total, aplicando en dicho monto el deducible y copago correspondiente a la cobertura de hospitalización.

6. Honorarios del Anestesiólogo.
7. Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos procedentes y relacionados al padecimiento autorizado por el que ingresó a hospitalización, 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)
13. Enfermera extrahospitalaria de cuidados especiales legalmente autorizada para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, y esté medicamente justificado, con un límite máximo de treinta días naturales por padecimiento por vigencia.
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 por vigencia.

16. Tratamiento con Terapia Radioactiva, Quimioterapia e Inhaloterapia.
17. Renta de equipo para recuperación, con un límite máximo de sesenta días por padecimiento por vigencia.
18. Transporte en Ambulancia Terrestre, cuando las condiciones de salud del Asegurado lo requieran y el Médico Tratante lo prescriba, previa autorización de General de Salud.
19. Por accidente o enfermedad, gastos de cualquier tipo de prótesis y/o aparato implantable, con un costo máximo unitario equivalente a 86 UMAM's (Unidad de Medida y Actualización Mensual) con el valor en moneda nacional al momento de la contratación. 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 enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y esté cubierto por el Plan, 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.
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 Plan y se dictaminen dentro de los siguientes treinta días naturales de ocurrido el evento.
22. 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 General de Salud.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

EVENTO DE ALTO COSTO

General de Salud cubrirá, previa autorización expresa por escrito o por correo electrónico, los gastos derivados de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y/o los medicamentos requeridos para el tratamiento extrahospitalario 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:

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

Bajo las siguientes condiciones:

1. Es necesario que el Asegurado esté en control de su padecimiento con los proveedores de la red médica de General de Salud. En caso de que el asegurado haga caso omiso al control de su padecimiento, General de Salud se reserva el derecho de cesar la cobertura de “Evento Ambulatorio de Alto Costo”.

2. Los servicios 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 cuatro UMAM’s (Unidad de Medida y Actualización Mensual) con el valor en moneda nacional al momento de la erogación de los gastos, mismos que se descontarán con cada nuevo padecimiento o renovación de Póliza.

3. 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.

4. Procederá vía reembolso, salvo aquellos casos que General de Salud determine como pago directo.

5. El pago de la reclamación se hará de acuerdo con los aranceles establecidos por General de Salud.

6. El copago aplicará sin excepción alguna y de acuerdo con la siguiente tabla:

| Cobertura | Copago |
|--|--|
| Servicios Auxiliares de Diagnóstico | El 25% del total de la factura o el estipulado en la Póliza, el que resulte mayor. |
| Medicamentos prescritos en consulta externa (Directamente relacionados al padecimiento mencionado) | El 25% del total de la factura o en el estipulado en la Póliza el que resulte mayor. |

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

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, General de Salud reembolsará las erogaciones realizadas por el Asegurado o sus dependientes, originadas por una emergencia en el extranjero a consecuencia de un Accidente o Enfermedad.

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

A) COBERTURAS Y BENEFICIOS

SUMA ASEGURADA: La Suma Asegurada 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.

La Suma Asegurada que corresponde a esta cobertura es independiente del contratado en cualquier otra y será el que rija durante la vigencia de la Póliza correspondiente.

Esta cobertura será válida, siempre y cuando el Asegurado o sus Beneficiarios se encuentren viajando fuera de la República Mexicana y su estancia fuera de la misma no exceda los noventa días.

EMERGENCIA MÉDICA: Cualquier alteración de la salud del Asegurado, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje, a través de síntomas agudos de tal severidad que requieran atención médica de inmediato, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal.

La Emergencia, así como los efectos de esta Cobertura terminan cuando se establezca 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 con las condiciones de su Plan de Salud.

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

General de Salud, 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:

- a)Servicio de enfermera fuera del hospital.**
- b)Tratamientos de rehabilitación.**
- c)Reclamación originada por Padecimientos Preexistentes.**
- d)El parto y complicaciones de embarazo.**
- e)Estudios e intervenciones quirúrgicas programadas dos días después de la Emergencia Médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**

10. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

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 General de Salud; Circuncisión; Litiasis del aparato genitourinario; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos del Piso Perineal, Trastornos del aparato reproductor femenino, Trastornos del

aparato reproductor masculino; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías biliares; Tumoraciones Mamarias (Benignas y/o malignas); Insuficiencia Venosa; Padecimientos de Rodilla; Cáncer de cualquier tipo, Hallux Valgus; Catarata, Padecimientos de Hombro; Padecimientos de Cadera.

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS:

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

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

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE TREINTA DÍAS:

En caso de hospitalización, el periodo de espera será de 30 días naturales después del inicio de vigencia con General de Salud. Este periodo de espera no aplica en accidentes.

ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE

Se eliminan los periodos de espera en caso de Accidente Cubierto, excepto para los padecimientos de la Columna Vertebral, Rodilla y Cirugía funcional de nariz o senos paranasales.

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, de su personal o recursos, no se puedan proporcionar normalmente los servicios del Plan de acuerdo con lo estipulado en este Contrato, General de Salud arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del evento.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD GENERADA EN OTROS PLANES O COBERTURAS DE SALUD SIMILARES. Este Beneficio reconoce la antigüedad, a los Asegurados que hayan estado cubiertos por una Póliza de Gastos Médicos o un plan de salud similar o afín al de General de Salud, 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 “GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA”.

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

Para realizar el trámite de reconocimiento de antigüedad es necesario presentar la carta de la aseguradora anterior o la carátula de la póliza, el certificado individual y el último recibo de pago, este beneficio se podrá otorgar siempre y cuando se solicite dentro de los primeros 30 días de inicio de Vigencia de la Póliza en General de Salud.

11. EXCLUSIONES GENERALES

El Plan de Salud no cubre los gastos que se originen por:

- 1. Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.**

- 2. Exámenes para extensión de certificados de salud.**
- 3. Vacunas específicas para el tratamiento de alergias.**
- 4. Aplicación y vacuna del Virus del Papiloma Humano.**
- 5. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Así mismo se excluye el terrorismo cuando el Asegurado participa como sujeto activo del mismo.**
- 6. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos ó bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.**
- 7. Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.**
- 8. Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.**
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.
- 9. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio, mutilación y/o agresión voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

- 10. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza.**
- 11. Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones o enfermedades congénitas, a excepción de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre que se cumpla con el periodo de espera establecido y que el parto haya estado cubierto por el plan, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.**
- 12. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- 13. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.**
- 14. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
- 15. La adquisición de prótesis no funcionales.**
- 16. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualquiera que sea su causa u origen, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa y en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico.**
- 17. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y trasplantes corneales).**

- 18. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, obesidad o dietéticos y sus complicaciones, así como el tratamiento médico o quirúrgico de endometriosis y aquellos de carácter estético o plástico, excepto lo mencionado en la sección “Coberturas”.**
- 19. Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.**
- 20. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.**
- 21. Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa o complementaria.**
- 22. Apoyos Diagnósticos, Tratamientos Médicos o Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.**
- 23. Procedimientos médicos o quirúrgicos que desencadenen en un aborto; que no sean recomendados por el Médico de Cuidados Primarios del Asegurado o que no esté en riesgo la vida de la madre asegurada.**
- 24. Diagnóstico y tratamiento para el VIH Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cubiertos con período de espera de cinco años.**
- 25. 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 Plan.

- 26. Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.**
- 27. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Asegurado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el endoso correspondiente que los incluya.**
- 28. 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.**
- 29. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 30. 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.**
- 31. Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Estudios Diagnósticos y Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, Hormona del Crecimiento, Complejos Vitamínicos, Complementos Alimenticios, Fórmulas Lácteas y derivados o complementos,**

Productos de Higiene personal, aquellos que no estén autorizados por la Secretaría de Salud y todos aquellos medicamentos que se utilicen para el tratamiento de los padecimientos y enfermedades no cubiertos por el plan.

- 32. Pruebas de compatibilidad.**
- 33. En caso de trasplantes de órganos, gastos erogados en el estudio de los posibles donadores, así como las complicaciones y secuelas del donante.**
- 34. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en clínica, sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio que no tengan relación con el motivo del internamiento, aun cuando sean solicitados por el médico tratante.**
- 35. Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol .**
- 36. Ambulancia Aérea.**
- 37. Material de curación para pacientes fuera de hospital.**
- 38. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales, excepto aquellos servicios contratados y cubiertos por el Plan. 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.**
- 39. Implantes dentales de cualquier tipo.**
- 40. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético por padecimientos o**

alteraciones, de la articulación temporomandibular.

41. Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene buco-dental.

12 PLANES DISPONIBLES

El contratante podrá elegir el plan que más se adopte a sus necesidades, los cuales se enuncian a continuación:

Distinguido:

- Medicina preventiva
- Mantenimiento de la Salud
- Maternidad
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico
- Servicios Odontológicos
- Hospitalización

Preferente:

- Medicina preventiva
- Mantenimiento de la Salud
- Maternidad
- Hospitalización

Especial:

- Medicina preventiva
- Hospitalización

Primario:

- Medicina preventiva
- Mantenimiento de la Salud

Cobertura complementaria

- Emergencia en el extranjero*

* La cobertura solo se puede elegir con planes que tengan la cobertura de Hospitalización.

13 RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES

El Asegurado podrá consultar la red de proveedores actualizada en nuestra página web www.generaldesalud.mx, ya que ésta puede variar al integrarse nuevos proveedores. Cabe mencionar que la mayoría de nuestros proveedores se encuentran certificados por las autoridades competentes. Los cambios en la red de prestadores de servicios médicos se estarán actualizando cada quince días.

14 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

COPAGOS.

Los Asegurados 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 reclamación. Una lista de estos se especifica en la carátula de la Póliza. En caso de no cumplir con este requisito, será motivo para rescindir su cobertura familiar.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente, éste quedará exento del copago correspondiente.

SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED.

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

Invariablemente el Asegurado deberá pagar al prestador del servicio, el copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado (Ver Carátula de Póliza correspondiente)

Médicos. - General de Salud cubrirá al profesional los honorarios establecidos previamente, el Asegurado será responsable de cubrir al proveedor el copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado.

Hospitales.- General de Salud liquidará directamente al hospital los gastos que sean cubiertos por el Plan descontando previamente el deducible y calculando el copago contratado sobre el remanente del gasto conforme lo especificado en la carátula de la póliza, observando que para que un Asegurado del Plan de Salud ingrese al hospital, deberá presentar una Referencia o Autorización Previa del Plan de Salud, excepto en casos de urgencia, en cuyo caso el Asegurado deberá solicitar al hospital que comunique a las oficinas General de Salud que ha ingresado al mismo. Por su parte, General de Salud hará las verificaciones necesarias, o de ser procedente otorgará la autorización correspondiente. En el caso de que el Asegurado haya incurrido en gastos no cubiertos por el Plan de Salud, será responsabilidad de éste liquidarlos.

El pago directo no aplica en caso de atenderse en un nivel hospitalario mayor al contratado, en este caso la reclamación se deberá efectuar vía reembolso.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico. - General de Salud pagará directamente los servicios utilizados por el Asegurado en laboratorios y otros centros de diagnóstico a los que haya sido referido por médicos de la Red de Proveedores del Plan de Salud, debiendo presentar la orden de servicio y credencial; el Asegurado, por su parte solo cubrirá al proveedor el copago que corresponda de acuerdo con el Plan de Salud contratado.

Medicamentos Intrahospitalarios.- General de Salud liquidará al proveedor hospitalario el monto exclusivamente por medicamentos prescritos por el Médico Tratante dentro del hospital, quedando a cargo del Asegurado el importe del copago contratado para hospitalización correspondiente de acuerdo con el Plan Contratado.

Los gastos incurridos con proveedores no participantes en el Plan 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 a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a General de Salud.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED.

En toda reclamación deberá comprobarse a General de Salud y por cuenta del Asegurado, la realización del evento que origina la reclamación.

Será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de General de Salud y, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

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

b) Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa, éstos deben ser contestados con claridad por cada uno de los Médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención médica, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.

c) Estudios y Comprobantes de Pago respectivos, a nombre del Asegurado que recibió la atención médica o a nombre del Asegurado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y factura de farmacia acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, ambulancia, gastos realizados fuera del hospital, etc.).

d) Acta del Ministerio Público y/o Carpetas de Investigación, en caso de accidente o complicación legal.

e) Identificación oficial.

Los documentos señalados en los incisos b), c), d) y e) se solicitarán en copia simple y únicamente el original de los mismos para cotejo.

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

En caso de Reclamaciones complementarias a la inicial, se deberán entregar nuevamente los Informes del Médico y el Aviso del Asegurado.

SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Este sistema de pagos es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Plan de Salud se han efectuado con un proveedor participante o no participante y por lo tanto liquidados por el Asegurado directamente a dicho proveedor de servicios.

Es obligación del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito a General de Salud en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de reembolso.

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

Se entenderá por error de diagnóstico, cuando el Asegurado haya asistido previamente con un proveedor participante y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de proveedores, por la misma urgencia médica.

Las reclamaciones que resulten conforme a este Sistema serán liquidadas, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo con la tabla de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos vigentes de General de Salud en la plaza, en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que General de Salud reciba los documentos e información completa que le permita conocer los fundamentos de dicha Reclamación.

Los gastos erogados por reclamaciones procedentes ocurridas durante la vigencia de la Póliza se reembolsarán hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratado.

General de Salud sólo pagará los honorarios de Médicos, Enfermeras o enfermeros titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en clínicas, sanatorios u hospitales debidamente autorizados.

Todas las reembolsos cubiertos por el Plan de Salud serán liquidados a cada Asegurado o a quien éste haya autorizado para tales efectos mediante la presentación de carta poder, en las oficinas de General de Salud.

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

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO POR REEMBOLSO

En toda reclamación deberá comprobarse a General de Salud y por cuenta del Asegurado, la realización del evento que origina la reclamación.

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación,

debidamente requisitada, en las oficinas de General de Salud y, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

- a) Aviso de Accidente o Enfermedad, requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular.
- b) Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa, éstos deben ser contestados con claridad por cada uno de los médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención médica, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
- c) Estudios y Comprobantes de Pago respectivos, a nombre del Asegurado que recibió la atención médica o a nombre del Asegurado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y factura de farmacia acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, ambulancia, gastos realizados fuera del hospital, etc.).
- d) Acta del Ministerio Público y/o Carpetas de Investigación, copia certificada o autenticada de las constancias integradas ante el Ministerio Público en caso de accidente o complicación legal.
- e) Identificación oficial.

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.

Los documentos señalados en los incisos b), c), d) y e) se solicitarán en copia simple y únicamente el original de los mismos para cotejo.

En caso de presentar dos reclamaciones simultáneas, se deberá presentar un Informe Médico y un Aviso de Accidente o

Enfermedad por cada paciente o padecimiento, separando sus respectivos gastos.

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

El Asegurado tendrá derecho de elegir médicos distintos a los de la red de proveedores contratados por General de Salud, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo con el gasto usual y acostumbrado de General de Salud 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, General de Salud 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 General de Salud a través de sus redes de proveedores.

En aquellos casos en los que el Asegurado reciba la atención fuera del lugar declarado como de residencia, el pago de los siniestros correspondientes se ajustará al valor de la tabla de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos de la plaza en que fue declarada dicha residencia.

General de Salud se reserva el derecho a solicitar al asegurado la información que considere necesaria para el adecuado análisis de la reclamación presentada.

INTERÉS MORATORIO

En caso de que General de Salud, 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 reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado una

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

MONEDA

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

En la Cobertura de Emergencia en el Extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo con 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.

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, General de Salud 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.

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

15. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8: “El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

Artículo 9: “Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado”.

Artículo 10: “Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.”

Artículo 25: “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.”

Artículo 37: “En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.”

Artículo 40: “Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En

caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley”.

Artículo 47: “Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

Artículo 48: “La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.”

Artículo 52: “El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.”

Artículo 55: “Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones”.

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. (refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).”

Artículo 71: “El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

Artículo 81: “Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”

Artículo 82: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

Artículo 163: 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.

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

CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS

4.10.1

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán pactar la celebración de sus operaciones y la prestación de servicios a través de Operaciones Electrónicas, debiendo sujetarse a lo que establece el presente Capítulo y siempre que:

I. En las condiciones de uso de Medios Electrónicos se establezca de manera clara y precisa, lo siguiente:

a) Las operaciones y servicios que podrán proporcionarse a través de Medios Electrónicos;

b) Los mecanismos y procedimientos de Identificación del Usuario y Autenticación, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución o Sociedad Mutualista respecto de la realización de Operaciones Electrónicas;

c) Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por las Instituciones, a través de Operaciones Electrónicas;

d) Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas, los cuales deberán ser similares a los de la propia contratación, considerando el tiempo de respuesta de la solicitud, canales de atención al Usuario y procedimientos de identificación del Usuario y su Autenticación, y

e) Las restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico de que se trate, de conformidad con lo previsto en este Capítulo;

II. Informen a sus clientes en forma previa a la contratación del uso de Medios Electrónicos, los términos y condiciones para su uso, debiendo mantener dicha información disponible para su consulta en la red electrónica mundial denominada internet, en todo momento actualizada.

Los términos y condiciones de uso de Medios Electrónicos a que se refiere la presente fracción deberán estar disponibles en la página electrónica de la Institución o Sociedad Mutualista y preverse en la documentación contractual la liga al sitio en que puede consultarse dicha información.

III. Incluyan en la documentación contractual de los productos de seguros o de fianzas, una cláusula que especifique, de forma general, la opción del cliente de hacer uso de Medios Electrónicos, en aquellos productos que tengan tal opción, y;

IV. Comuniquen a los Usuarios los riesgos inherentes a la realización de Operaciones Electrónicas, así como que hagan de su conocimiento sugerencias para prevenir la realización de operaciones irregulares o ilegales que vayan en detrimento del patrimonio de los Usuarios y de la Institución o Sociedad Mutualista, pudiendo efectuarse, entre otros, mediante campañas periódicas de difusión de recomendaciones de seguridad para la realización de Operaciones Electrónicas.

15.9.6

La Institución de Seguros estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

I. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica;

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

III. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

En el caso de contratos de no adhesión podrán pactarse condiciones distintas a las previstas en el párrafo anterior, previo registro del producto de seguro de que se trate ante la Comisión, de conformidad con la LISF y las presentes Disposiciones.

15.9.10

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, la Institución de Seguros deberá sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, a las disposiciones aplicables a los arbitrajes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ley Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

LEY PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 BIS: “Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción.

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional

Artículo 68: “La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica

de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia

Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

VIII. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro

de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable

podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El

registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.”

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se

encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

ARTÍCULO 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar 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 privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;

II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;

III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y

IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, 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.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento,

deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la

fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en

el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de

títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y

documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas

serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 148 Bis.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y de cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin

perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice en territorio mexicano, actos en contra de bienes, personas o servicios, de un Estado extranjero, o de cualquier organismo u organización internacionales, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para presionar a la autoridad de ese Estado extranjero, u obligar a éste o a un organismo u organización internacionales para que tomen una determinación;

II. Al que cometa el delito de homicidio o algún acto contra la libertad de una persona internacionalmente protegida;

III. Al que realice, en territorio mexicano, cualquier acto violento en contra de locales oficiales, residencias particulares o medios de transporte de una persona internacionalmente protegida, que atente en contra de su vida o su libertad, o

IV. Al que acuerde o prepare en territorio mexicano un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en el extranjero.

Para efectos de este artículo se entenderá como persona internacionalmente protegida a un jefe de Estado incluso cada uno de los miembros de un órgano colegiado cuando, de conformidad con la constitución respectiva, cumpla las funciones de jefe de Estado, un jefe de gobierno o un ministro de relaciones exteriores, así como los miembros de su familia que lo acompañen y, además, a cualquier representante, funcionario o personalidad oficial de un Estado o cualquier funcionario, personalidad oficial u otro agente de una organización intergubernamental que, en el momento y en el lugar en que se cometa un delito contra él, los miembros de su familia que habiten con él, sus locales oficiales, su residencia particular o sus medios de transporte, tenga derecho a una protección especial conforme al derecho internacional.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

“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 10 de julio de 2024 con el número CNSF-H0707-0035-2024/CONDUSEF-006520-01.