



**RECUPERA
INDIVIDUAL**
CONDICIONES GENERALES



**GENERAL
DE SEGUROS**
AHORA ES TODO





RECUPERA

INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES



GENERAL
DE SEGUROS
A H O R A E S T O D O



ÍNDICE

ARTÍCULO 1º	DISPOSICIONES FUNDAMENTALES	7
ARTÍCULO 2º	CLAÚSULAS PARTICULARES	7
ARTÍCULO 3º	VIGENCIA	9
ARTÍCULO 4º	PERSONAS ASEGURABLES	10
ARTÍCULO 5º	OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO	10
ARTÍCULO 6º	RENOVACIÓN GARANTIZADA	11
ARTÍCULO 7º	DEFINICIONES	12
	A. ACCIDENTE:	12
	B. ASEGURADO:	12
	C. ASEGURADO TITULAR:	12
	D. ASEGURADO FAMILIAR:	13
	E. CONTRATANTE:	13
	F. ENFERMEDAD CUBIERTA:	13
	G. SUMA ASEGURADA:	13
	H. PERIODO DE ESPERA:	14
	I. PRIMA NO DEVENGADA:	14
ARTÍCULO 8º	REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	14
ARTÍCULO 9º	RIESGO CUBIERTO	14
ARTÍCULO 10º	ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA	15
ARTÍCULO 11º	PERIODO DE ESPERA	15
ARTÍCULO 12º	CÁLCULO DE LAS PRIMAS	15
ARTÍCULO 13º	PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS	15

ARTÍCULO 14°	LUGAR DE PAGO	16
ARTÍCULO 15°	REHABILITACIÓN	16
ARTÍCULO 16°	CAUSAS DE RESCISIÓN	16
ARTÍCULO 17°	SUBROGACIÓN DE DERECHOS	17
ARTÍCULO 18°	SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	18
ARTÍCULO 19°	COMPETENCIA	18
ARTÍCULO 20°	FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA	19
ARTÍCULO 21°	EXCLUSIONES GENERALES	20
ARTÍCULO 22°	INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONARSE A LA ASEGURADORA	24
ARTÍCULO 23°	COMPROBACIÓN DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS	24
ARTÍCULO 24°	PLURALIDAD DE SEGUROS	24
ARTÍCULO 25°	DUPLICADO Y COPIAS DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS	25
ARTÍCULO 26°	PREAUTORIZACIÓN DE INDEMNIZACIÓN	25
ARTÍCULO 27°	IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES	26
ARTÍCULO 28°	MONEDA DE PAGO	26
ARTÍCULO 29°	PRESCRIPCIÓN	26
ARTÍCULO 30°	MODIFICACIONES	27
ARTÍCULO 31°	NOTIFICACIONES	27
ARTÍCULO 32°	INDEPENDENCIA LABORAL	28
ARTÍCULO 33°	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	28



ARTÍCULO 34°	PLAZO DE REVISIÓN DEL SINIESTRO	29
ARTÍCULO 35°	PAGO DE INDEMNIZACIONES	29
ARTÍCULO 36°	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	31
ARTÍCULO 37°	RED DE PROVEEDORES	31
ARTÍCULO 38°	PREEXISTENCIA	32
ARTÍCULO 39°	ARBITRAJE	33
ARTÍCULO 40°	AGRAVACIÓN DE RIESGO	33
ARTÍCULO 41°	INTERÉS MORATORIO	33
ARTÍCULO 42°	TERMINACIÓN ANTICIPADA	34
ARTÍCULO 43°	CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC)	35
ARTÍCULO 44°	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	36
COBERTURA BÁSICA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS (APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)		
1.	RIESGO CUBIERTO	37
2.	BENEFICIO	38
3.	CARACTER DEL BENEFICIO	39
5.	ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	40
6.	DENUNCIAS Y DECLARACIONES	41
7.	EXCLUSIONES	41
8.	ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA	43
COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS		43

1. RIESGO CUBIERTO	43
2. BENEFICIO	44
3. CARÁCTER DEL BENEFICIO	45
4. ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	45
5. MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE LA COBERTURA	46
6. SOLICITUD DE BENEFICIOS	46
7. EXCLUSIONES	47
1. RIESGO CUBIERTO	64
2. BENEFICIO	65
3. CARÁCTER DEL BENEFICIO	65
4. ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	65
5. SOLICITUD DE BENEFICIOS	66
6. EXCLUSIONES	66
7. BENEFICIOS A PRESTAR	69
COBERTURA BÁSICA DE “ASISTENCIA EN VIAJE”	74
I. BENEFICIOS DE ASISTENCIA	74
EXCLUSIONES	78
TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS CITADOS	80



**NÚMERO DE RECAS CNSF-H0707-0092-2010
/CONDUSEF-000693-04**

ARTÍCULO 1°

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Esta Póliza y los respectivos Certificados Individuales, en caso de corresponder, han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante y por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda omisión o falsa declaración conocida por el Contratante o por los Asegurados, que hubiere impedido la celebración del Contrato, la correcta apreciación del riesgo o la aceptación de las Coberturas Individuales, o hubiese modificado las Condiciones de los mismos, si la Aseguradora hubiese conocido el verdadero estado del riesgo, facultará a la Compañía para rescindir de pleno derecho el Contrato de Seguro y/o los certificados de los Asegurados, según el caso. (Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

ARTÍCULO 2°

CLAÚSULAS PARTICULARES

1. DATOS DE INSCRIPCIÓN RECAS

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de Febrero de 2011, con el número CNSF-H0707-0092-2010/ CONDUSEF-000693-03.

2. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

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

3. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

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

4. PRECEPTOS LEGALES

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

5. NO DISCRIMINACIÓN

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



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

6. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF). Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. al teléfono 5270.8000 y del interior de la República marque 01800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México. Y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.com.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 5340 0999 y 01 800 99 98080. asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

ARTÍCULO 3º

VIGENCIA

- A.** Esta Póliza entra en vigor desde las cero (00.00) horas del día fijado como inicio de su Vigencia.
- B.** La Vigencia de esta Póliza es por un año contado a partir de la fecha indicada en la Carátula de Póliza como inicio de vigencia y culmina al aniversario de la misma.

- C. La edad máxima de Renovación será hasta los 69 años cumplidos.

ARTÍCULO 4°

PERSONAS ASEGURABLES

- A. Personas físicas en forma individual o en carácter de titular de su grupo familiar y el respectivo grupo familiar siempre que posean una edad igual o menor a los 64 años.
- B. Los nuevos miembros de familia, por matrimonio o nacimiento, serán retroactivamente incorporados al Seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso y desde la fecha de nacimiento, en el segundo, siempre y cuando la Aseguradora sea informada por escrito por el Contratante, dentro de los treinta días posteriores al matrimonio o nacimiento. Las incorporaciones por matrimonio quedarán sujetas al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad fijados para la presente Póliza.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, la Aseguradora analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al Seguro se producirá una vez que se cumplan los requisitos de asegurabilidad requeridos.

ARTÍCULO 5°

OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO

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



En todos los casos, estas opciones tendrán validez únicamente si la Prima correspondiente es pagada dentro de los treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la nueva Póliza.

ARTÍCULO 6º

RENOVACIÓN GARANTIZADA

Esta Póliza podrá ser renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del Contratante, dentro de los últimos 30 días de vigencia de la Póliza existente, además la renovación de la póliza no se llevará a cabo cuando el contratante o el asegurado notifique por escrito a General de Salud su voluntad de no renovarla, cuando menos con veinte días hábiles antes del vencimiento de la póliza. La edad máxima de Renovación será hasta los 69 años cumplidos.

El pago de la Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación. En cada Renovación General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. calculará las Primas de acuerdo a los planes y tarifas que se encuentren vigentes y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Adicionalmente el Asegurado perderá el beneficio señalado en la Cláusula de Renovación a que se refiere el párrafo anterior, si la Aseguradora comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 36 “OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES” de estas Condiciones Generales.

En la Renovación de la Póliza no debe entenderse que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el

seguro originalmente. Los cambios que a la Renovación podrá presentar la Póliza, están directamente asociados tanto a la prima como a las coberturas y las características de dicha cobertura.

Las Renovaciones se sujetarán a condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza inmediata anterior en cuanto a Suma Asegurada, Participación del Asegurado y Plan. Dichas condiciones serán las que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de vigencia de cada renovación.

Las condiciones que se otorgarán mediante el proceso de renovación son:

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

ARTÍCULO 7°

DEFINICIONES

Se entiende por:

A. ACCIDENTE:

Se considera Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que provoque lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los treinta días naturales siguientes a la fecha del Accidente.

**B. ASEGURADO:**

Persona física expuesta al riesgo.

C. ASEGURADO TITULAR:

Al Contratante cuando se trate de persona física en carácter de titular de su grupo familiar o en forma individual o a quien el Contratante designe en caso de no estar cubierto por la Póliza.

D. ASEGURADO FAMILIAR:

A los integrantes del grupo familiar Primario del Asegurado Titular que se enumeran a continuación:

D.1 Cónyuge del Asegurado Titular que conviva con el mismo. El cónyuge podrá incorporarse al Seguro hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Generales del Contrato o en su caso con lo establecido en las Condiciones Particulares de cada una de las Coberturas Básicas contratadas. Se asimila a la condición de cónyuge al de concubina y/o el concubinario del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio o hubiere procreado hijos con el mismo.

D.2 Hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado Titular, y a los hijos adoptivos del Asegurado Titular.

E. CONTRATANTE:

A la persona física o moral, cuya solicitud de Seguro ha aceptado la Aseguradora con base en los datos e informes proporcionados por ella, quien por lo tanto, suscribe el Contrato de Seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado.

F. ENFERMEDAD CUBIERTA:

Es aquella enfermedad cuyo origen se determina dentro del período de vigencia de esta Póliza.

G. SUMA ASEGURADA:

Es la contraprestación a cargo de la Aseguradora, según las Condiciones Generales y particulares del Contrato y lo especificado en las coberturas contratadas, en caso de producirse el siniestro.

H. PERIODO DE ESPERA:

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

En caso de accidente o urgencias médicas se eliminan los periodos de espera.

I. PRIMA NO DEVENGADA:

La porción de la Prima que representa la cobertura de la Póliza que faltare por transcurrir hasta el término de la vigencia del Contrato.

ARTÍCULO 8º

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

En forma previa a la aceptación de la Cobertura que contempla esta Póliza, el Asegurado deberá realizar los exámenes médicos que la Aseguradora le solicite para tal efecto.

ARTÍCULO 9º

RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Coberturas que hubieren sido contratadas específicamente mediante la presente Póliza, en caso de que la persona designada en la misma como Asegurado



sufra, durante la vigencia del Seguro, alguna de las contingencias previstas en el Contrato, el otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las Coberturas que amparen el evento previsto, y hayan sido expresamente contratadas según las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

ARTÍCULO 10°

ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El Alcance Territorial de las coberturas será tanto en Territorio Nacional como en el Extranjero siempre que se cumpla con los requisitos que establece el Artículo 35 “PAGO DE INDEMNIZACIONES” de las presentes Condiciones.

La Cobertura Básica de Trasplantes de Órganos tendrá Cobertura únicamente en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO 11°

PERIODO DE ESPERA

Cada uno de los beneficios previstos en las Coberturas tiene su Periodo de Espera, basado en las características propias de las mismas. Dichos periodos se consignan en las Condiciones Particulares de cada Cobertura.

ARTÍCULO 12°

CÁLCULO DE LAS PRIMAS

El importe a pagar por el Contratante resultará de sumar las Primas individuales de cada Asegurado que correspondan a las Coberturas básicas que se hayan contratado más los gastos de expedición, impuestos y tasas aplicables.

ARTÍCULO 13°

PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ellas, en los casos de

pagos en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a 3 días ni mayor a 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo. La Prima vence a partir del inicio de vigencia de la Póliza.

ARTÍCULO 14°

LUGAR DE PAGO

Los pagos deberán realizarse en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. contra la entrega del recibo correspondiente. Las direcciones de dichas oficinas se incluyen en la información entregada al Asegurado, la cual forma parte integral de la Póliza.

ARTÍCULO 15°

REHABILITACIÓN

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

ARTÍCULO 16°

CAUSAS DE RESCISIÓN

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones



convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato. En caso de no hacerlo la Compañía podrá rescindir de pleno derecho el presente Contrato, cuando se verifiquen o tenga conocimiento de las siguientes causas, aunque no influyan en la realización de algún gasto por las Coberturas amparadas:

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

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

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

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

ARTÍCULO 17°

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos que trata este Título. General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros en razón del accidente o alteración de la Salud del Asegurado, que haya originado la afectación de alguna de las Coberturas amparadas por esta Póliza.

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

ARTÍCULO 18°

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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

ARTÍCULO 19°

COMPETENCIA

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro médico, las Aseguradoras deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea



la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

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

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

ARTÍCULO 20°

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

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la

celebración de este Contrato. General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO 21°

EXCLUSIONES GENERALES

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

- A. Intento de suicidio del Asegurado;**
- B. Si el padecimiento, lesión o accidente es provocado deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente Seguro, excepto que el pago de la Prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;**
- C. Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; debidamente determinada por Autoridad competente, como conducta excluyente de responsabilidad.**
- D. Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado**



- hubiera participado como elemento activo;**
- E. No se cubren enfermedades o accidentes por Culpa Grave del Asegurado en el consumo de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos, estimulantes, psicotrópicos, o cualquier otra sustancia prohibida, salvo prescripción médica;**
 - F. Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia;**
 - G. Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares.**
 - H. Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.**
 - I. Competir en pruebas de pericia y/o velocidad o en justas hípicas, charrería.**
 - J. Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión.**
 - K. Manejo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas;**

- L. De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor y/o cualquier condición de enfermedad), si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al VIH. A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá VIH, encefalopatía (demencia), VIH Síndrome de Desgaste y Condición Relacionada SIDA.**
- M. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;**
- N. Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;**
- O. No se cubrirán padecimientos o enfermedades preexistentes declaradas o no cuyos síntomas se hayan presentado antes del inicio de vigencia de la Póliza.**



- P. Ningún pago se hará efectivo bajo este Seguro si el origen de la enfermedad se produjo antes de la entrada en vigor de la Póliza;**
- Q. Cirugía estética o plástica no reconstructiva;**
- R. Métodos quirúrgicos para adelgazar;**
- S. Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo;**
- T. Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional, pandemia ó epidemia.**
- U. Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico;**
- V. Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo relacionado;**
- W. Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez; tratamientos de fertilización asistida;**
- X. Tratamiento odontológico;**
- Y. Consecuencias de heridas autoinfligidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de enajenación mental;**

Z. Problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina o mal funcionamiento sexual.

Quedan Excluidos los Padecimientos Congénitos.

ARTÍCULO 22° INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONARSE A LA ASEGURADORA

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

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

ARTÍCULO 23° COMPROBACIÓN DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS

Cada Asegurado deberá probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su Solicitud Individual.

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



exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

ARTÍCULO 24°

PLURALIDAD DE SEGUROS

Cada Asegurado podrá contratar una sola Póliza de este producto. En caso de que existiera una pluralidad de cobertura la Aseguradora considerará válido únicamente el Seguro vigente de mayor suma y devolverá las Primas cobradas durante el periodo que estuvo Asegurado el riesgo bajo la Póliza de menor suma.

ARTÍCULO 25°

DUPLICADO Y COPIAS DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS

- A.** En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante y/o el Asegurado podrán obtener la sustitución por un duplicado fiel a la Póliza o certificados originales.
- B.** El Contratante y/o Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este Contrato y copia no negociable de la Póliza o del correspondiente Certificado Individual.
- C.** Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la expedición de duplicados y copias.

ARTÍCULO 26°

PREAUTORIZACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización objeto de este Contrato, podrá ser cubierto a favor de Hospitales y Establecimientos de Atención Médica y/o Profesionales Médicos, por medio de pago directo en los casos en que, por sus características, el evento objeto de

este Contrato pueda ser programado con antelación, previa solicitud del Asegurado siempre que se cumpla con los requisitos que establece el Artículo 35 “PAGO DE INDEMNIZACIONES” de las presentes Condiciones. General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. emitirá una carta al Establecimiento de Atención Médica que avalará el pago hasta por el monto establecido de acuerdo a los Beneficios cubiertos por la Póliza. En todos los casos, el pago se efectuará después de afectarse la cobertura objeto de este Seguro.

ARTÍCULO 27°

IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

ARTÍCULO 28°

MONEDA DE PAGO

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

ARTÍCULO 29°

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en dos años, contados a partir de la fecha del siniestro, lo anterior en términos de lo previsto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



El plazo al que se refiere el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización de un siniestro, desde el día en que haya llegado de conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

ARTÍCULO 30º

MODIFICACIONES

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley

Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previa solicitud por escrito del Contratante y la aceptación expresa de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. Dichas modificaciones deberán constar por escrito en el Endoso debidamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). En consecuencia, los Agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por General de Salud, Compañía de Seguros,

S.A., carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

ARTÍCULO 31°

NOTIFICACIONES

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Empresa Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el Asegurado.

ARTÍCULO 32°

INDEPENDENCIA LABORAL

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

ARTÍCULO 33°

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento de atención médica o Institución de Salud legalmente registrado y autorizado (Sanatorio, Hospital, Clínica,



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

La elección de los prestadores (Médicos, Auxiliares, Técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la Responsabilidad Civil y/o Responsabilidad Profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

ARTÍCULO 34°

PLAZO DE REVISIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de haber recibido del Asegurado o Beneficiario o Contratante, el aviso y la documentación, a que se refiere el Artículo 34 de las Condiciones Generales del Contrato, para determinar la procedencia de la Reclamación, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la Reclamación.

ARTÍCULO 35°

PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurado deberá llenar y firmar el Aviso de Accidente o Enfermedad, éste será entregado a la Aseguradora junto con los documentos necesarios para comprobar fehacientemente la realización del procedimiento de que se trate, dentro de las primeras cuarenta y ocho horas después de haberse realizado la afectación de cualquiera de las Coberturas Amparadas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

General de Salud tendrá un plazo no mayor a treinta (30) días a partir de haber recibido el aviso y la documentación que se indica en el presente Artículo “Pago de indemnizaciones” para realizar el pago de la indemnización, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que General de Salud haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para que pueda recibir el pago de la Suma Asegurada prevista en la Póliza, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación:

- A.** Aviso de Accidente o Enfermedad, requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular cuando se trate de menores de edad.
- B.** Informe Médico de General de Salud, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado.
- C.** Historia Clínica elaborada por el Médico que atendió al Asegurado en la cual se estipule claramente la antigüedad del padecimiento o enfermedad, así como el diagnóstico que dio origen a la intervención quirúrgica, trasplante o colocación de prótesis.
- D.** La Aseguradora podrá efectuar las comprobaciones necesarias para verificar la procedencia del siniestro,



por lo que corresponde al Asegurado facilitar la información que para tal efecto requiera la Aseguradora, así como autorizar a su Médico Tratante y lugares de atención médica en que fue atendido, para que los mismos proporcionen a los Médicos de la Aseguradora toda la información requerida para efectos de dicha cobertura, misma que será manejada confidencialmente.

- E.** Acta del Ministerio Público, en caso de Accidente con afectación a terceros o en caso de ser en la vía pública en aquellos casos en los que intervenga la autoridad correspondiente.
- F.** Las atenciones en Hospitales del Sector Salud Público, deberán de acompañarse de un informe completo de la Atención Médica proporcionada, firmada por el Médico tratante y avalada por el Subdirector o Director Médico de la Institución. Recuerde que es su derecho solicitar dicho informe.

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

ARTÍCULO 36°

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

del Contrato. En caso de no hacerlo la Compañía podrá rescindir el Contrato.

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

ARTÍCULO 37°

RED DE PROVEEDORES

Los Asegurados tendrán la posibilidad de atenderse tanto en la Red de Hospitales que tengan convenio con la Aseguradora como de manera abierta en hospitales Privados y Sector Salud.

ARTÍCULO 38°

PREEXISTENCIA

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

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



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

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

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

ARTÍCULO 39°

ARBITRAJE

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

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

ARTÍCULO 40°

AGRAVACIÓN DE RIESGO

En caso de que el Asegurado cambie de ocupación, éste deberá informar a la Compañía por escrito dentro de los quince

días siguientes al cambio de ocupación. De no cumplir con lo anterior, se considerará que existe una agravación del riesgo y la Compañía quedará liberada de pagar la Indemnización.

ARTÍCULO 41° INTERÉS MORATORIO

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

ARTÍCULO 42° TERMINACIÓN ANTICIPADA

Para terminar anticipadamente este Contrato, el Contratante deberá dar aviso por escrito a General de Salud de este hecho en el domicilio que se indica en el Artículo “Notificaciones” de las presentes Condiciones Generales. 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).

La prima no devengada pagada será devuelta 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 Contratante para realizar la devolución.



La responsabilidad de General de Salud cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento y proporcionará un número de folio.

En caso de que el Contratante no de aviso de inmediato, la Cobertura del Plan continuará en vigor para el Asegurado, y el mismo Contratante se obliga a cubrir la Prima correspondiente, hasta en tanto General de Salud no emita la cancelación de la póliza.

ARTÍCULO 43°

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 Contratante, 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, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 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 Contratante, 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 o 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, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que General de Salud tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, 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.

ARTÍCULO 44°

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Durante la contratación, así como durante la vigencia de la póliza el Asegurado podrá elegir libremente a sus beneficiarios, lo anterior deberá ser notificado a General de Salud por escrito.



Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**COBERTURA BÁSICA
DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS
(aplicable sólo en el caso de estar contratada
y se indique en la carátula de la póliza)**

1. RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el Beneficio que acuerda en esta Cobertura Básica cuando el

Asegurado acredite haber sido trasplantado de alguno de los siguientes órganos:

1. Médula Ósea (como consecuencia de patologías Primarias de la misma)
2. Corazón
3. Hígado
4. Riñón
5. Córnea

Y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el trasplante de órganos humanos se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente cobertura y durante su vigencia. No se cubrirán enfermedades, padecimientos, lesiones o consecuencias de accidentes preexistentes declarados o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de un trasplante futuro.

Se establece para esta Cobertura Básica, **un período de espera de ciento ochenta (180 días)** contados a partir del inicio de Vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado para el caso de trasplantes por Enfermedad, durante el cual la Cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido Período de Espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el trasplante se origine como consecuencia de un accidente.

2. BENEFICIO

La Aseguradora, comprobado el trasplante de órganos humanos descrito en el Riesgo Cubierto, pagará exclusivamente conforme al porcentaje de esquema de suma asegurada contratado e indicado en la Carátula de la póliza, las Sumas **Indemnizatorias** que se estipulan a continuación, con posterioridad



al acto quirúrgico mismo. El importe será pagado de acuerdo con el trasplante que se haya efectuado:

1. Trasplante de Médula Ósea
(como consecuencia de patologías Primarias de la misma) \$ 100,000
2. Trasplante de Corazón \$ 200,000
3. Trasplante Hígado \$ 200,000
4. Trasplante de Riñón \$ 100,000
5. Trasplante de Córnea \$ 50,000

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta Cobertura luego de finalizada la Vigencia del certificado individual o de la Póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago cubiertos por la presente Cobertura a la fecha de rescisión, de la terminación anticipada del Contrato o de la terminación de la vigencia del Contrato.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

Esta Cobertura Básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro respectivo dentro de la Vigencia del mismo.

Para cualquier solicitud de Indemnización por trasplante indicado en el presente Contrato es condición ineludible e indispensable haber comunicado la necesidad de trasplante por escrito previamente al CENATRA (Centro Nacional de trasplantes) o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes,

las disposiciones de la Ley de trasplantes de Órganos, salvo para los trasplantes de médula ósea.

4. INVESTIGACIONES Y REVISIÓN DE LOS ASEGURADOS

- A.** A fin de determinar la procedencia y extensión de las prestaciones a su cargo, la Aseguradora podrá realizar la revisión del Asegurado por facultativos designados por ella durante su hospitalización o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de ésta. Asimismo, podrá investigar en los Institutos Atención Médica y solicitar información a los Médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas destinadas a comprobar y controlar la exactitud de la información recibida.

- B.** Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su trasplante fuera errónea, simulada o fraudulenta, liberará a la Aseguradora de las obligaciones asumidas en el presente Contrato, independientemente de las acciones legales que inicie en contra del o de los responsables ante las Autoridades Competentes.

5. ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

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



La elección de los prestadores (Médicos, Auxiliares, Técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la Responsabilidad Civil y/o Responsabilidad Profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

6. DENUNCIAS Y DECLARACIONES

- A.** El Asegurado o el Contratante deberá informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un trasplante de Órganos. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorios y cualquier otro efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.
- B.** El Contratante y/o el Asegurado se compromete a suministrar a la Aseguradora toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta Cobertura, siendo el único responsable por autenticidad de la misma o por la omisión de su entrega.
- C.** El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si él o el Contratante omiten información necesaria o emplean comprobantes falsos.

7. EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo 21 de las Condiciones Generales de la presente Póliza, la Aseguradora no pagará la indemnización

cuando el trasplante de Órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- A. Enfermedades preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada**
- B. Asegurado, que sean causa de un trasplante futuro.**
- C. Enfermedades o padecimientos congénitos.**
- D. Ningún pago se hará efectivo bajo este Seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un trasplante se produce durante el período de espera de 180 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el trasplante se origine como consecuencia de un accidente.**
- E. Se excluyen trasplantes de médula ósea indicados como consecuencia de aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares. Solo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías Primarias de la misma.**
- F. Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al Seguro estén con indicación**



- formal de trasplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se hayan inscrito con anterioridad a la contratación de este Seguro en la lista de espera del CENATRA o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.**
- G. Quedan expresamente excluidas todo tipo de homologación u operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.**
- H. Se excluyen trasplantes de órganos experimentales.**
- I. En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.**

8. ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

La Cobertura Básica de Trasplantes de Órganos tendrá cobertura únicamente en el Territorio Nacional.

En el caso de que el Asegurado ya se haya efectuado un trasplante, por las características del presente plan, cada integrante del grupo familiar conservará su Cobertura en forma individual e independiente.

COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (aplicable solo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1. RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas contempladas en el Listado de Beneficios que se detallan en los Anexos “PE30”, “PE60” y “PE300” que forman parte integrante de la presente, y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en las Condiciones de esta Cobertura y durante su vigencia del Contrato. No se cubrirán, enfermedades, accidentes o padecimientos preexistentes declarados o no a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.

Se establece para esta Cobertura Básica, **un período de espera de treinta (30) días para las intervenciones detalladas en el Anexo “PE30”, de sesenta (60) días para las intervenciones detalladas en el Anexo “PE60” y de trescientos (300) días para las intervenciones detalladas en el Anexo “PE300”,** contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado para el caso de intervenciones quirúrgicas por enfermedad, durante el cual la Cobertura de cada Asegurado Individual debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido período de espera no será aplicable en los



casos en que la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente.

2. BENEFICIO

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

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones amparadas por una o varias vías, se indemnizará como máximo, hasta el cien por ciento (100%) del beneficio de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) de la segunda de siguiente valor. Si una operación se hubiese podido efectuar durante el curso de una intervención quirúrgica inicial, y no se efectuase antes de transcurridos treinta (30) días desde la fecha de dicha intervención, no estará cubierta por esta Cláusula, salvo en casos de urgencia que pongan en riesgo la vida y/o salud del Asegurado.

Las reintervenciones generadas por complicaciones súbitas o imprevistas serán indemnizadas al cien por ciento (100%) del valor del beneficio.

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo para esta Cobertura luego de finalizada la vigencia del Certificado Individual o de la Póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago amparados por la presente Cobertura a la fecha de tal rescisión, de la terminación anticipada del Contrato o de la terminación de la vigencia del Contrato.

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

Esta Cobertura Básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

4. ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

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

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

5. MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE LA COBERTURA

En cada aniversario de la Póliza, las condiciones de Renovación serán las que se encuentren vigentes en ese momento. Si después de la entrada en vigencia de la presente Cobertura se acordara un aumento en el monto de las Coberturas Aseguradas o alguna extensión de Cobertura del Seguro a miembros de la familia, tales aumentos o extensiones estarán sujetos a los períodos de espera previstos en la Póliza, salvo pacto en contrario.



6. SOLICITUD DE BENEFICIOS

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

7. EXCLUSIONES

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

- A. Enfermedades, padecimientos, secuelas o complicaciones de lesiones preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.**
- B. Enfermedades o padecimientos congénitos.**
- C. Ningún pago se hará efectivo bajo este Seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de espera de 30, 60 o 300 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado. El período de espera no será aplicable en los casos en que la necesidad**

de efectuar la intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente.

D. Operaciones de Miopía, Astigmatismo y similares.

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

**“COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”
(aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)**

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE30”

Queda entendido y convenido por las partes que a partir de los treinta (30) días de vigencia ininterrumpida de la presente Cobertura Básica para cada Asegurado, el mismo quedará cubierto en estricto cumplimiento de lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de esta Cobertura, por los beneficios adicionales detallados a continuación:



LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE30”

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
02.07.03	CAPSULOTOMÍA (CRISTALINO ENCAPSULADO)	30	5,000
04.01.06	PUNCIÓN BIOPSIA DE TIROIDES	30	1,000
07.06.12	SAFENECTOMÍA (CIRUGÍA DE VÁRICES)	30	10,000
08.05.24	APENDICECTOMÍA (CIRUGÍA DE APÉNDICE)	30	20,000
11.02.10	LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO O DIAGNÓSTICO	30	5,000
11.02.13	CONIZACIÓN O CERCLAJE DEL CUELLO (POR LESIONES O INCOMPETENCIA DEL CUELLO DE LA MATRIZ)	30	5,000
11.03.14	EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (ABSCESO EN LABIOS MENORES)	30	5,000

12.03.02	OSTEOÍNTESIS HÚMERO, PÉLVIS, SACRO, FÉMUR, TIBIA, TIBIA-PERONÉ (APLICACIÓN DE TORNILLOS, PLACAS, ETC. POR FRACTURAS EN BRAZO, CADERA, PIERNA.)	30	10,000
12.03.03	OSTEOÍNTESIS CUBITO, RADIO, TERCIO INFERIOR, UNO O MÁS HUESOS (APLICACIÓN DE TORNILLOS, CLAVOS, PLACAS EN ANTEBRAZOS)	30	10,000
12.13.08	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUXACIÓN METACARPO O METATARSO-FALÁNGICA (CIRUGÍA DE HUESOS DE LA MANO O PIE)	30	5,000
12.19.16	YESO TORACO-BRAQUIAL / BRAQUIPALMAR / BOTA LARGA O CORTA DE YESO (YESOS PARA HOMBRO, BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO, PIERNA, PIE)	30	1,000
01.02.06	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA (CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE LA DILATACIÓN O CRECIMIENTO DE UN VASO SANGUÍNEO)	60	80,000

**“COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”
(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)**

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE60”

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
01.02.10	EXCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL (CIRUGÍA PARA EXTRACCIÓN DE TUMOR)	60	60,000
01.05.05	DESCOMPRESIÓN A NIVEL DEL TÚNEL DEL CARPO (LIBERACIÓN DEL NERVI0 MEDIANO EN LA ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA)	60	20,000
02.05.01	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA (PRESIÓN INTRAOCULAR AUMENTADA)	60	20,000

02.06.05	RETINOPEXIA - DIATERMIA - CRIO, FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER (DESPRENDIMIENTO DE RETINA Y/O DAÑO OCULAR POR DIABETES)	60	10,000
02.07.04	EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (CRISTALINO OPACO O NUBE)	60	10,000
03.02.02	TIMPANOPLASTÍA (CIRUGÍA DE TÍMPANO)	60	20,000
003.12.01	ÚVULO-PALATOPLASTÍA (CIRUGÍA DEL PALADAR BLANDO O DURO)	60	20,000
04.01.03	TIROIDECTOMÍA TOTAL/SUBTOTAL, HEMITIREIDECTOMÍA (CIRUGÍA DE TIROIDES)	60	30,000
04.03.01	HIPOFISECTOMÍA TRANSEPTOESFENOIDAL (CIRUGÍA DE HIPÓFISIS)	60	30,000
06.01.01	MASTECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN GLANDULA MAMARIA COMPLETA INCLUYENDO GANGLIOS AXILARES)	60	20,000

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE60”

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
06.01.03	MASTECTOMÍA SIMPLE (EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA MAMARIA)	60	10,000
06.01.08	EXCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA – QUISTE, FIBROADENOMA	60	5,000
06.01.09	CUADRANTECTOMÍA (EXTIRPACIÓN PARCIAL DE LA GLÁNDULA MAMARIA)	60	5,000
07.06.07	FÍSTULA ARTERIOVENOSA PERIFÉRICA PARA HEMODIALISIS (COMUNICACIÓN DE ARTERIA Y VENA PARA TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL)	60	10,000
08.02.03	HERNIOPLASTIA (INGUINAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, UMBILICAL) UNILATERAL O BILATERAL (CIRUGÍA DE HERNIA)	60	10,000

08.03.04	GASTROSTOMÍA COMO ÚNICA OPERACIÓN (COMUNICAR EL ESTÓMAGO CON LA PARED ABDOMINAL)	60	5,000
08.04.03	ENTEROTOMÍA, ESTEROSTOMÍA TEMPORARIA O DEFINITIVA	60	10,000
08.05.03	HEMICOLECTOMÍA DERECHA O IZQUIERDA (EXTIRPACIÓN DE INTESTINO GRUESO)	60	30,000
08.06.06	HEMORROIDECTOMÍA CON O SIN FISURA ANAL (EXTIRPACIÓN DE HEMORROIDES)	60	10,000
08.06.11	FISTULECTOMÍA ,FISTULOTOMÍA, FISURECTOMÍA, CRIPTECTOMÍA O PAPILECTOMÍA (DEFECTOS DEL RECTO Y ANO)	60	10,000
08.06.16	INCISIÓN O DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL (CIRUGÍA DE ABSCESO ANAL)	60	5,000

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO "PE60"

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
08.06.17	TRATAMIENTO RADICAL DEL ABSCESO PERIANAL CON RESECCIÓN (CIRUGÍA AMPLIA DEL ABSCESO ANAL)	60	5,000
09.01.01	LINFADENECTOMÍA CERVICAL, AXILAR O INGUINAL RADICAL (EXTIRPACIÓN DE CADENAS GANGLIONARES)	60	10,000
10.01.01	NEFRECTOMÍA TOTAL, CUALQUIERA QUE FUERA LA VÍA UTILIZADA (EXTIRPACIÓN DE RIÑÓN)	60	30,000
10.02.12	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA	60	10,000
10.04.01	PROSTATECTOMÍA RADICAL (EXTIRPACIÓN DE PRÓSTATA, INCLUYE GANGLIOS)	60	30,000

10.04.04	RESECCIÓN TRANS-URETRAL DE PRÓSTATA (POR ENDOSCOPIÍA)	60	10,000
10.05.04	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL (DESCENSO TESTÍCULO UNILATERAL)	60	10,000
10.05.05	ORQUIDOPEXIA BILATERAL CON O SIN TRATAMIENTO DE HERNIA (DESCENSO TESTÍCULO BILATERAL)	60	10,000
10.05.06	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIDROCELE, VARICOCELE. (TESTÍCULO OCUPADO POR VÁRICES O LÍQUIDO)	60	5,000
10.06.07	VASECTOMÍA	60	2,000
11.03.03	COLPORRAFÍA, COLPO-PERINEOPLASTÍA ANTERIOR Y/O POSTERIOR (CIRUGÍA DE VEJIGA Y/O MATRÍZ CAÍDA)	60	10,000
12.11.02	COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR, CADERA, RODILLA (CIRUGÍA DE COLUMNA, CADERA, RODILLA, CON APLICACIÓN DE PRÓTESIS)	60	30,000

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE60”

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
12.13.06	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUXACIÓN CADERA, RODILLA (CIRUGÍA DE CADERA O RODILLA POR LUXACIÓN)	60	20,000
12.13.07	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUXACIÓN CLAVÍCULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO, TOBILLO	60	10,000
12.15.07	TENOPLASTÍA CON ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO O INJERTO (CIRUGÍA DE LIGAMENTOS Y/O TENDONES)	60	10,000
12.17.01	DISCECTOMÍA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (CIRUGÍA DE DISCOS DE COLUMNA)	60	30,000

12.17.30	HALLUX VALGUS UNILATERAL O BILATERAL COMPLETO (CIRUGÍA DE JUANETES)	60	10,000
50.01.00	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (DESHACER PIEDRAS EN EL RIÑÓN POR ONDAS DE ULTRASONIDO)	60	20,000
50.01.02	EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS URINARIOS POR ENDOSCOPIA O MICROCIRUGÍA O VÍA PERCUTÁNEA URETERALES O PÉLVICOS (PROCEDIMIENTOS PARA EXTRACCIÓN DE PIEDRAS EN RIÑÓN POR ENDOSCOPIO)	60	10,000
50.01.17	EMBOLIZACIONES DE ANEURISMAS CEREBRALES CON BALÓN O COILS (COAGULACIÓN DE DEFECTOS ARTERIALES POR CATETERISMO)	60	80,000
50.01.21	COLOCACIÓN DE STENT ARTERIALES O VENOSOS * (COLOCACIÓN DE PRÓTESIS VASCULARES ARTERIALES O VENOSOS)	60	60,000

**COBERTURA BÁSICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”
(aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)**

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE300”

Queda entendido y convenido por las partes que a partir de los trescientos (300) días de vigencia ininterrumpida de la presente Cobertura Básica para cada Asegurado, el mismo quedará cubierto en estricto cumplimiento de lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de esta Cobertura, por los beneficios adicionales detallados a continuación:

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE300”

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
03.13.01	AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA (CIRUGÍA DE ANGINAS)	300	5,000
07.01.03	COLOCACIÓN DE MARCAPASO DEFINITIVO.	300	10,000
07.01.05	CAMBIO GENERADOR DE MARCAPASO (PILA DEL MARCAPASO)	300	10,000
07.02.03	REEMPLAZO DE VÁLVULA CARDIACA	300	80,000
07.02.06	CIERRE DE DEFECTOS AURICULARES O VENTRICULARES (CIRUGÍA DE CAVIDADES DEL CORAZÓN)	300	80,000

LISTADO DE BENEFICIOS ANEXO “PE300”

NOMENCLADOR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA 100%
07.02.08	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA (CIRUGÍA PARA CORREGIR LA DILATACIÓN DE GRANDES VASOS)	300	80,000
07.02.09	DERIVACIÓN BY PASS – CORONARIO ÚNICO, DOBLE (PUENTE CORONARIO)	300	80,000
07.08.01	ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL CORONARIA (CIRUGÍA DE GRANDES VASOS CORONARIOS)	300	60,000
08.07.08	COLECISTECTOMÍA (CIRUGÍA DE VESÍCULA)	300	20,000
11.02.03	HISTERECTOMÍA CON O SIN ANEXOS (CIRUGÍA PARA EXTIRPACIÓN DE MATRIZ)	300	20,000

12.10.01	ARTROPLASTÍA DE CADERA (CIRUGÍA DE CADERA)	300	30,000
12.10.02	ARTROPLASTÍA DE RODILLA (CIRUGÍA DE RODILLA)	300	20,000
12.17.27	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEDO EN GARRA, EN MARTILLO (CIRUGÍA PARA CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES ADQUIRIDAS EN DEDOS DE PIE)	300	5,000

COBERTURA BÁSICA DE PRÓTESIS (aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

1. RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que establece esta cobertura básica cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a un implante de prótesis dentro de las siguientes especialidades:

- Traumatología y Ortopedia,
- Cardiovasculares,
- Neurológicas,
- Oculares.

Y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el implante de prótesis se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cobertura y durante su vigencia. No se cubrirán enfermedades, accidentes o padecimientos preexistentes declarados o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada

Asegurado, que sean causa de un implante y/o reemplazo de prótesis futuro.

Se establece para esta Cobertura Básica, un **período de espera de sesenta (60) días** contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado para el caso de implante de prótesis por enfermedad, durante el cual la Cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. El referido Período de Espera no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente.



2. BENEFICIO

La Aseguradora, comprobada la realización del implante descrito como Riesgo Cubierto, indemnizará el beneficio contemplado de esta Cobertura, con posterioridad a la realización del implante. El importe será pagado bajo las condiciones de esta cobertura.

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

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

Esta Cobertura Básica tiene por objeto restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

4. ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

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

La elección de los prestadores (Médicos, Auxiliares, Técnicos, etc.) y/o del Establecimiento de Atención Médica queda a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la Responsabilidad

Civil y/o Responsabilidad Profesional que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

5. SOLICITUD DE BENEFICIOS

El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora el tipo de implante de prótesis que se le ha efectuado dentro de los 15 días contados a partir de la realización del implante, en el formulario que a tal fin suministre la Aseguradora.

6. EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo 21 de las Condiciones Generales del Contrato, quedan excluidas de esta cobertura básica:

- A. Toda ortesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional.**
- B. Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad.**

**Quedan también excluidas
Prótesis para:**

- A. Hemodiálisis.**
- B. Cirugía estética o plástica reparadora.**
- C. Implantes electrónicos.**
- D. Tratamientos con elementos radioactivos.**
- E. Renovaciones de prótesis.
Solamente con los límites establecidos en el Artículo 8º**



de las presentes Condiciones Particulares.

- F. Gastos de servicio o reparación de prótesis.**
- G. Gastos originados por pérdidas o destrucción de elementos por parte del Asegurado.**
- H. Reemplazo de prótesis preexistentes declaradas o no al momento del ingreso del Asegurado al Seguro.**

Asimismo, la Aseguradora no hará efectivo la indemnización cuando el implante de prótesis sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- A. Enfermedades, padecimientos, accidentes o consecuencias de lesiones preexistentes declaradas o no a la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura para cada Asegurado, que sean causa de un implante de prótesis futuro;**
- B. Enfermedades o padecimientos congénitos.**
- C. Ningún pago se hará efectivo bajo este Seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una prótesis se produce durante el período de espera de 60 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cobertura para cada Asegurado. El referido período de espera no será aplicable en los casos en que**

- la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente;**
- D. Lentes y anteojos de cualquier tipo;**
- E. Corsé (Tipo Taylor / Milwoker o similar);**
- F. Arnés de Paulik;**
- G. Bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes;**
- H. Tutores externos;**
- I. Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos;**
- J. Prótesis odontológicas;**
- K. Prótesis electrónicas o computarizadas;**
- L. Corsé tipo KNIT o similares;**
- M. Andadores y Sillas para patologías infantiles;**
- N. Estimuladores Epidurales;**
- O. En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.**

7. BENEFICIOS A PRESTAR

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEEDIA:

De cadera total o parcial con o sin cemento	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 3 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 20,000
De rodilla	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 5 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 20,000
De columna	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 5 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 20,000
Prótesis para osteosíntesis simple	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 3 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 5,000

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA:

Prótesis para osteosíntesis compleja	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 3 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 5,000
Prótesis mamaria por mastectomía no estética	SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 8,000
Sistema de estabilización de Columna	SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 20,000
Prótesis para Cráneo plastia	SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 10,000

CARDIOVASCULARES

Válvulas cardíacas *	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 5 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 20,000
Prótesis vascular para grande vasos, rectas o bifurcadas *	SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 3 AÑOS, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 15,000
Marcapasos	SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 15,000
Stent *	SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, CON JUSTIFICACIÓN MÉDICA Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA	\$ 15,000

NEUROLÓGICAS

Válvula para drenaje
para hidrocefalia

SE RECONOCERÁ EL REEMPLAZO DE HASTA 1 CADA 3 AÑOS,
Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA

\$ 10,000

Clips para Aneurisma *

SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, Y SIEMPRE
QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA

\$ 20,000

Microcoils endovascular *

SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ, Y SIEMPRE
QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA

\$ 20,000

OCULARES

Lentes intraoculares
y set de colocación

SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ,
Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA

\$ 10,000

Banda de silicona
(para retina) o healón

SE RECONOCERÁ EL IMPLANTE POR ÚNICA VEZ,
Y SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL SIGA EN VIGENCIA

\$ 9,000

* Este se pagará por evento (procedimiento) no por unidad.

COBERTURA BÁSICA DE “ASISTENCIA EN VIAJE” (aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

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

Los Servicios que a continuación se mencionan, serán válidos cuando el Asegurado o sus beneficiarios se encuentren viajando a ciento cincuenta kilómetros o más de su residencia legal. Todos los Servicios deberán ser concertados y autorizados por el Proveedor de Asistencia en Viaje (en adelante “El PROVEEDOR”) que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. designe para tal fin. Esta cobertura **No aceptará reclamos por reembolsos.**

I. BENEFICIOS DE ASISTENCIA

CONSULTA, EVALUACIÓN Y REFERENCIA MÉDICA:

Los Beneficiarios tendrán acceso a un Centro de Operaciones con personal médico las veinticuatro horas todos los días del año.

EVACUACIÓN MÉDICA:

Cuando no exista un centro médico apropiado cerca de la localidad donde se encuentra el Beneficiario, según lo determine el Médico de “El PROVEEDOR” y el Médico que atiende el caso, “El PROVEEDOR” concertará una evacuación bajo supervisión médica, por un medio de transporte apropiado, hasta el centro médico más cercano capaz de proporcionar la



atención médica requerida por el Asegurado.

TRASLADO MÉDICO AL LUGAR DE RESIDENCIA:

Cuando sea necesario por razones médicas según lo determine el médico de “EL PROVEEDOR” y el Médico que atiende el caso, el traslado bajo supervisión médica apropiada hasta la residencia legal del Beneficiario en el momento que el Beneficiario sea médicamente declarado como apto para viajar en transporte comercial, siempre que el traslado pueda llevarse a cabo sin poner en peligro la condición del Beneficiario. Si el período de tiempo necesario para obtener dicha declaración excede los catorce días naturales contados a partir de ser dado de alta del hospital, se puede concertar un método de transporte apropiado, tal como una ambulancia aérea o terrestre. Se pueden proporcionar acompañantes médicos o no, según sea necesario. Siempre que el método de transporte de vuelta a la casa del Beneficiario no pueda usarse debido al incidente médico, “EL PROVEEDOR” trasladará al Asegurado o Beneficiario.

VIGILANCIA DE ATENCIÓN CRÍTICA:

Vigilancia de la condición del Beneficiario Elegible por parte de personal médico, quién (i) se mantendrá en comunicación frecuente con el Médico que atiende el caso o el hospital, y (ii) transmitirá la información necesaria y legalmente permisible a los miembros de su familia.

TRANSPORTE PARA REUNIRSE CON EL BENEFICIARIO ELEGIBLE:

Proveer a un miembro que designe el beneficiario, Asegurado o contratante, un boleto de clase económica, de ida y vuelta, en un transporte común hasta el aeropuerto

o terminal terrestre principal más cercano al lugar de la hospitalización, siempre que el Beneficiario esté viajando solo y se proyecte que esté hospitalizado durante más de siete días naturales consecutivos posteriores a la solicitud del beneficio contratado. Es la responsabilidad de la persona autorizada de cumplir con los documentos necesarios que se requieran.

TRANSFERENCIA O REEMPLAZO DE RECETAS PARA MEDICAMENTOS:

“EI PROVEEDOR” asistirá en la transferencia o reemplazo de medicinas bajo receta, cuando sea posible y permisible bajo la ley, y tras recibir la autorización del médico que atiende el caso del Beneficiario. El Beneficiario es responsable de pagar el costo de la medicina.

CUIDADO Y TRANSPORTE DE MENORES DE EDAD:

Cuando un menor de edad quede desatendido como resultado de la situación médica del Beneficiario, “EI PROVEEDOR” proporcionará transporte para el menor de edad hasta su lugar de residencia o a la residencia de la persona designada por el Beneficiario y que viva en el mismo lugar que el Beneficiario y el menor de edad. Si es necesario, un acompañante viajará con el menor de edad.

TRANSMISIÓN DE MENSAJE DE EMERGENCIA:

“EI PROVEEDOR” recibirá y transmitirá mensajes de emergencia de la casa.

TRASLADO DE RESTOS MORTALES:

En el caso de fallecimiento del Beneficiario, “EI PROVEEDOR” efectuará los arreglos y pagará el costo del traslado de los restos mortales. “EI PROVEEDOR” brindará toda la ayuda necesaria para el transporte, inclusive



localizar a una funeraria licenciada, morgue o centro de disposición directa para la preparación del cadáver para su transporte, tramitación de toda la documentación, tramitación de todos los requisitos legales, tramitación del certificado de defunción, compra del mínimo ataúd o contenedor necesario para transporte aéreo y pago de los costos de transporte de los restos, inclusive el transporte desde el lugar del fallecimiento y entrega a la funeraria que lo reciba.

ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE EMERGENCIA:

“EI PROVEEDOR” proporcionará de inmediato orientación psicopedagógica de emergencia por teléfono, con referencia a consejeros calificados para tratamiento posterior, ya sea en el lugar del incidente o después de su regreso a casa.

COORDINACIÓN DE EFECTIVO POR EMERGENCIA:

“EI PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de un adelanto en efectivo por emergencia. La fuente de los fondos es responsabilidad del Beneficiario.

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

EXCLUSIONES:

No se darán Servicios a los Asegurados en los siguientes casos:

- A. Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico, de curación, diagnóstico o rehabilitación.**
- B. Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**
- C. Si se comete un acto calificado o determinado como una conducta ilícita, cuando el Asegurado sea el provocador.**
- D. Intento de suicidio.**
- E. Incidentes que involucren por la ingesta o consumo de cualquier droga, estupefacientes, narcótico o psicotrópico, que no haya sido recetado bajo prescripción médica.**
- F. Transferencia del Beneficiario de un centro médico a otro con habilidades similares y que proporcione el mismo tipo de asistencia médica.**

No se trasladará a un Asegurado o Beneficiario:

- a. Sin autorización médica.**
- b. Con lesiones leves, tal como esguinces, fracturas simples, o enfermedades leves que pueden ser tratadas por médicos locales y que no**



- impiden que el Beneficiario continúe su viaje o regrese a su lugar de residencia.**
- c. Con un embarazo de más de seis meses.**
 - d. Con trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado.**
 - e. En viajes cuya duración sea mayor a noventa días, no estarán cubiertos aquellos Servicios solicitados después de los primeros noventa días de iniciado el viaje.**
 - f. Estudiantes en la dirección de su casa o de la escuela (ya que no se consideran estar viajando).**
 - g. En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.**

Aunque los Servicios de Asistencia están disponibles en todo el territorio, el tiempo de respuesta de transporte está relacionado directamente con la ubicación o jurisdicción del lugar en que ocurra el evento. “El PROVEEDOR” no es responsable en caso de no poder proporcionar Servicios o de demoras en los Servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplo, pero sin limitarse a, condiciones del tiempo, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

Todos los médicos de consulta y abogados son contratistas independientes por lo que no son empleados de “El PROVEEDOR” ni la Aseguradora.

“El PROVEEDOR” y la Aseguradora no son responsables por ninguna negligencia profesional que puedan cometer los prestadores de Servicios profesionales que den sus Servicios al Beneficiario.

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

TRANSCRIPCIÓN DE 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 19: Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

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 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 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.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

ARTÍCULO 276: Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- 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.

LEY DE 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:

- I. 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.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras



solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

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.

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.

VIII. 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.



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 23 de Febrero de 2011, con el número CNSF-H0707-0092-2010/ CONDUSEF-000693-04, a partir del día 01 de abril de 2015, con el número RESP-H0707-0023-2015, a partir del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-H0707-0006-2016, a partir del día 31 de mayo de 2021, con el número CGEN-H0707-0011-2021, a partir del día 16 de febrero de 2022, con el número MODI-H0707-0002-2021 y a partir del día 18 de julio de 2024, con el número MODI-H0707-0001-2024.

n-04-REIN-67

INFOSALUD



ATENCIÓN A CLIENTES

800.72.SALUD
72583



Oficina Matriz

Patriotismo 266

San Pedro de los Pinos

03800 | CDMX

Tel. 55.5270.8000

Buzón electrónico

atencionaclientes@gsalud.com.mx

N-04-REIN-67



**GENERAL
DE SEGUROS**
AHORA ES TODO

