



Condiciones Generales
Multi-Salud
Seguros de Salud

— *Individual* —

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 17 de mayo de 2022 con el número CNSF-H0707-0012-2021/CONDUSEF-004784-02.

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

Contenido

1. OBJETO DEL SEGURO	6
2. DEFINICIONES:	6
2.1 ACCIDENTE	6
2.2 ACCIDENTE CUBIERTO	6
2.3 ASEGURADO(S)	6
2.4 ASEGURADO TITULAR	7
2.5 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	7
2.6 AYUDANTE	7
2.7 BENEFICIOS ADICIONALES	7
2.8 CULPA GRAVE	7
2.9 COBERTURAS ADICIONALES	7
2.10 CONDICIONES GENERALES	7
2.11 CONTRATANTE	7
2.12 COPAGO	8
2.13 DEDUCIBLE	8
2.14 DEPENDIENTES ECONÓMICOS	8
2.15 DEPORTE PROFESIONAL	8
2.16 ELEGIBILIDAD	8
2.17 ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS	8
2.18 ENDOSO	8
2.19 ENFERMEDAD	8
2.20 ENFERMEDAD CUBIERTA	9
2.21 ENFERMERA	9
2.22 EPIDEMIA	9
2.23 FENÓMENOS NATURALES	9
2.24 GENERAL DE SALUD	9
2.25 HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	9
2.26 HOSPITALIZACIÓN	9
2.27 MANUAL DEL ASEGURADO	9
2.28 MÉDICO	10
2.29 MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP)	10
2.30 MÉDICO ESPECIALISTA	10
2.31 MÉDICO TRATANTE	10
2.32 PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS	10
2.33 PANDEMIA	10
2.34 PERIODO AL DESCUBIERTO	10
2.35 PERIODO DE ESPERA	10
2.36 PERIODO DE GRACIA	11
2.37 PESTES	11
2.38 PÓLIZA	11

2.39	PREEXISTENCIA.....	11
2.40	PROGRAMA O PROGRAMA DE SALUD	12
2.41	PROVEEDOR.....	12
2.42	PROVEEDOR PARTICIPANTE	12
2.43	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE.....	12
2.44	REEMBOLSO.....	12
2.45	REFERENCIA.....	12
2.46	REHABILITACIÓN DEL CONTRATO	12
2.47	PAGO DIRECTO	13
2.48	TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS.....	13
2.49	TERRITORIALIDAD	13
2.50	TOPE DE COPAGO	13
2.51	TRATAMIENTO MÉDICO	13
2.52	EMERGENCIA MÉDICA.....	13
3.	CONTRATO.....	13
3.1	CONTRATO	13
3.2	COSTO DE ADQUISICIÓN	14
3.3	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	14
3.4	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	14
3.5	CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	15
3.6	CAMBIO DE PROGRAMA.....	16
3.7	CAUSAS DE RESCISIÓN	16
3.8	CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	17
3.9	CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.....	18
3.10	COMPETENCIA.....	18
3.11	ELEGIBILIDAD	18
3.12	INDEPENDENCIA CONTRACTUAL	19
3.13	REHABILITACIÓN	19
3.14	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	20
3.15	MODIFICACIONES AL CONTRATO.....	20
3.16	NOTIFICACIONES	20
3.17	RESIDENCIA.....	20
4.	CLÁUSULAS PARTICULARES.....	21
4.1	INFORMACIÓN PARA OPERACIONES	21
4.2	PRECEPTOS LEGALES	21
4.3	NO DISCRIMINACIÓN	21
4.4	LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF).	21
4.5	CLÁUSULA DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.	22
4.5.1.	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	22

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	25
5.1 PRIMA	25
5.2 ALTA Y BAJA DE ASEGURADOS	26
5.3 PRESCRIPCIÓN	27
6. VIGENCIA DEL SEGURO.....	27
6.1 INICIO DE VIGENCIA.....	27
6.2 TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA	27
6.3 RENOVACIÓN.....	27
6.4 EDAD.....	29
7. BENEFICIO MÁXIMO	29
8. COBERTURAS BÁSICAS	30
8.1 PREVENCIÓN DE LA SALUD.....	30
8.2 MANTENIMIENTO DE LA SALUD	30
8.3 MATERNIDAD	31
8.4 SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	32
8.5 SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	32
8.6 HOSPITALIZACIÓN	32
9. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	36
9.1 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES	36
9.2 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS...	36
9.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS	36
9.4 ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE	37
9.5 LIMITACIONES	37
10. BENEFICIOS ADICIONALES.....	37
11. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO	38
11.1 LIMITACIONES	38
12. EXCLUSIONES DEL PROGRAMA	38
13. COBERTURAS ADICIONALES.....	42
13.1 ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE	43
13.2 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	47
14. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES	49
15. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES	50
15.1 COPAGOS.....	50
15.2 SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED.....	50
15.3 SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO	51
15.4 INTERÉS MORATORIO	54
15.5 MONEDA.....	55
15.6 SUBROGACIÓN DE DERECHOS	55
16. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS.....	55

1. OBJETO DEL SEGURO

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., denominada en adelante como “**General de Salud**” ofrece el Programa de Salud que proporciona la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Poniendo especial énfasis en un estilo de vida saludable, la medicina preventiva y la detección oportuna de enfermedades.

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

2. DEFINICIONES:

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

2.1 ACCIDENTE

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

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

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

2.2 ACCIDENTE CUBIERTO

Es aquel accidente originado dentro del período de vigencia del Programa de Salud.

2.3 ASEGURADO(S)

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

2.4 ASEGURADO TITULAR

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

2.5 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación médica de **General de Salud** para un servicio procedimiento que lo requiera.

2.6 AYUDANTE

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

2.7 BENEFICIOS ADICIONALES

Son valores agregados que **General de Salud** brinda a sus Asegurados del Programa, sin costo alguno.

2.8 CULPA GRAVE

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

2.9 COBERTURAS ADICIONALES

Son aquellas que se pueden agregar al Programa de Salud mediante el pago de una prima adicional y se estipulen en la carátula de la póliza.

2.10 CONDICIONES GENERALES

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

2.11 CONTRATANTE

Es la persona física o moral que solicitó la celebración del presente contrato para sí y/o para terceras personas, cuya solicitud sirvió de base para la expedición de esta Póliza, y que tiene como obligación el pago de las primas estipuladas en la misma.

2.12 COPAGO

Cantidad o porcentaje previamente establecida por **General de Salud** que el Asegurado deberá pagar por cada servicio específico que reciba.

2.13 DEDUCIBLE

Cantidad a cargo del Asegurado que se establece en la carátula de la Póliza, por la atención de un servicio médico procedente derivado de la Cobertura de Hospitalización.

2.14 DEPENDIENTES ECONÓMICOS

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

Se podrá considerar a los padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de elegibilidad y aceptación.

2.15 DEPORTE PROFESIONAL

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

2.16 ELEGIBILIDAD

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

2.17 ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS

Es el derecho que adquiere un Asegurado al reunir todos los requisitos para recibir servicios bajo las condiciones que establece el Programa de Salud.

2.18 ENDOSO

Documento emitido por **General de Salud** que modifica, las condiciones del Contrato del Programa de Salud y forma parte de éste.

2.19 ENFERMEDAD

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

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

No se considerarán como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. El embarazo no se considera una enfermedad.

2.20 ENFERMEDAD CUBIERTA

Es aquella enfermedad originada dentro del período de vigencia del Programa de Salud y que no se encuentre dentro del periodo de espera correspondiente.

2.21 ENFERMERA

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

2.22 EPIDEMIA

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

2.23 FENÓMENOS NATURALES

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

2.24 GENERAL DE SALUD

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

2.25 HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO

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

2.26 HOSPITALIZACIÓN

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

2.27 MANUAL DEL ASEGURADO

Documento de consulta mediante el cual se provee información al Asegurado acerca del funcionamiento del Programa de Salud.

2.28 MÉDICO

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

2.29 MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP)

Es el Médico Personal del Asegurado, pudiendo ser un Médico General, Familiar, Pediatra, Ginecólogo o Médico Internista responsable de su atención médica, incluyendo la solicitud de autorizaciones o referencias a especialistas, hospitales y demás servicios tales como laboratorios, farmacias, imagenología, etc.

2.30 MÉDICO ESPECIALISTA

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

2.31 MÉDICO TRATANTE

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

2.32 PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS

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

2.33 PANDEMIA

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

2.34 PERIODO AL DESCUBIERTO

Es el lapso en el cual la Póliza no se encuentra pagada. Inicia el último día del período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada, previa su rehabilitación.

2.35 PERIODO DE ESPERA

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua e ininterrumpida a partir de la fecha de antigüedad en la póliza de cada Asegurado, con el fin de cubrir los padecimientos expresados en la cláusula “**GASTOS CUBIERTOS**”

CON PERIODO DE ESPERA". Para efectos de Periodos de Espera se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza, o si cancela la póliza por la falta de pago de prima.

2.36 PERIODO DE GRACIA

Plazo con el que cuenta el contratante o Asegurado para cubrir el importe de la prima y representa el tiempo durante el cual, aunque no esté cubierto el recibo de la prima, surtirán efecto las garantías estipuladas en la Póliza (Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

2.37 PESTES

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

2.38 PÓLIZA

Documento que entrega **General de Salud**, al Asegurado en el que se encuentran plasmados los derechos, obligaciones, alcances, coberturas, primas pactadas, inicio y término de vigencia. Los derechos y obligaciones plasmados en póliza deben ser interpretados de acuerdo con el clausulado que le resulte aplicable (Condiciones Generales y Endosos). Por lo tanto, para hacer efectiva cualquiera de las coberturas y beneficios que ampara la póliza, el Asegurado debe sujetarse al clausulado y endosos que formen parte del presente Contrato.

2.39 PREEXISTENCIA

Para efectos de preexistencias **General de Salud** 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** cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya realizado un gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento en cuestión, en dichos casos podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico o el resumen clínico con el fin de determinar la procedencia de la reclamación.

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

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

2.40 PROGRAMA O PROGRAMA DE SALUD

Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por **General de Salud**.

2.41 PROVEEDOR

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

2.42 PROVEEDOR PARTICIPANTE

Proveedor previamente seleccionado y con el cual se ha celebrado convenio para participar en el Programa de Salud y que por su atención otorga Beneficios Adicionales a nuestros Asegurados.

2.43 PROVEEDOR NO PARTICIPANTE

Es el Proveedor no perteneciente a nuestra Red y que por lo tanto su atención no otorga ningún Beneficio Adicional a nuestros Asegurados, ni el sistema de Pago Directo.

2.44 REEMBOLSO

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

El pago por reembolso estará limitado por los Tabuladores de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos definidos por **General de Salud**.

2.45 REFERENCIA

Es la canalización hecha por escrito por parte de un Médico de Cuidados Primarios, para que el Asegurado reciba los servicios de un Médico Especialista.

2.46 REHABILITACIÓN DEL CONTRATO

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

2.47 PAGO DIRECTO

Beneficio mediante el cual **General de Salud** pagará directamente al Proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por este Programa. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red y que el contrato se encuentre vigente.

2.48 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo que pagará **General de Salud** por cada uno de éstos.

2.49 TERRITORIALIDAD

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

2.50 TOPE DE COPAGO

Es el monto máximo que el asegurado pagará por concepto de copago por cada hospitalización. El tope se especifica en la Carátula de la Póliza.

2.51 TRATAMIENTO MÉDICO

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

2.52 EMERGENCIA MÉDICA

Es cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida, la funcionalidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Asegurado, para la cual se requiere intervención médica inmediata. Es necesario que el Asegurado ingrese por el área de urgencias del hospital.

3. CONTRATO**3.1 CONTRATO**

Se integra por: Las declaraciones del Contratante y del Asegurado Titular manifestadas por escrito a **General de Salud** en la Solicitud, así como la Póliza del Seguro donde se contienen los Derechos, Obligaciones, Alcances, Coberturas, Primas Pactadas, Inicio y Término de Vigencia que consta de Carátula, Condiciones Generales,

Condiciones Especiales, Endosos Folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, y Folleto Explicativo del Asegurado (Manual del Asegurado) forman constancia del Contrato celebrado entre el Contratante y **General de Salud** y bajo el mismo, quedarán amparados todos los Asegurados que ingresen a esta Póliza.

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

3.2 COSTO DE ADQUISICIÓN

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

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

La omisión o declaración inexacta de tales hechos en estos documentos facultará a **General de Salud** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no influyan en la realización de algún gasto por accidente o enfermedad.

3.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado y todos los integrantes de la póliza deberán comunicar a **General de Salud** las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Asegurado o alguno de los integrantes de la Póliza omitieran el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo,

cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud** en lo sucesivo. Si el Asegurado no cumple con dichas obligaciones, **General de Salud** no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumpliendo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que el Asegurado, o alguno de los integrantes de la póliza, no cumpla con las campañas de medicina preventiva o hagan caso omiso del tratamiento y sugerencias médicas que se les proporcionen, **General de Salud** podrá considerar que incurren en una agravación de riesgo, por lo que **General de Salud** se reserva el derecho de rescindir el Contrato de Seguro quedando liberada de toda responsabilidad contractual presente o futura.

Asimismo, si alguno de los integrantes de la Póliza realiza un cambio de ocupación distinta a la declarada, a una más peligrosa, deberán dar aviso por escrito a **General de Salud**, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el Riesgo al cual se exponen por dicha ocupación. **General de Salud** al aceptar el Riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los Gastos Médicos que se originen derivados de dicho riesgo.

3.5 CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

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

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

3.6 CAMBIO DE PROGRAMA

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

3.7 CAUSAS DE RESCISIÓN

El presente Contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que **General de Salud** tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Asegurado Titular para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado Titular o de cualquiera de sus Dependientes, aunque dichas omisiones o inexactitud en las

declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este Seguro.

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

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

Lo anterior de acuerdo con lo estipulado por los artículos 8,9,10,47,48,69 y 70.

3.8 CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL

General de Salud está obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de seguro dentro de la vigencia del mismo.

Dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes, conforme a lo señalado en la disposición 15.9.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través de la alta médica.
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.
3. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del Contrato.

3.9 CAUSA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

Por falta de pago de la prima o su fracción en caso de pago en

parcialidades, de acuerdo con lo estipulado en la cláusula “PRIMA” de estas Condiciones Generales.

3.10 COMPETENCIA

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

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

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

3.11 ELEGIBILIDAD

A) DEL ASEGURADO TITULAR

Ser mayor de edad y hasta 64 años cumplidos.

B) DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

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

1. Ser cónyuge del Asegurado Titular.

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

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

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

C) CAUSAS DE INELEGIBILIDAD

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

3.12 INDEPENDENCIA CONTRACTUAL

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

3.13 REHABILITACIÓN

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

calculará a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo.

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

3.14 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

3.15 MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

3.16 NOTIFICACIONES

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

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

3.17 RESIDENCIA

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

4. CLÁUSULAS PARTICULARES

4.1 INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

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

4.2 PRECEPTOS LEGALES

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

4.3 NO DISCRIMINACIÓN

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

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

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de **General de Salud**, al teléfono 55 5270.8000 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez Código Postal 03800, Ciudad de México. y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx o visite www.generaldesalud.com.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía

Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México.
Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080.
asesoría@condusef.gob.mx, www.condusef.com.mx

4.5 CLÁUSULA DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.

4.5.1. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que **General de Salud** pone a disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la página de internet www.generaldesalud.com.mx. En dichos “Términos y condiciones”, el Asegurado podrá consultar de manera detallada, siempre que aplique para el producto contratado:

- a) **Las operaciones y servicios disponibles:** Se podrá realizar a través de los medios electrónicos la cotización, contratación, domiciliación de pago, designación de beneficiarios, cambio de correo electrónico, registro de cuenta bancaria para transferencia de compensación, consulta de documentación contractual y facturas, requisitos y formatos para trámites, corrección de datos de identificación, cambio de forma de pago, y en general cualquier servicio que **General de Salud** ponga a disposición aplicable a la póliza.
- b) **Medios de identificación del usuario:** Para la cotización y contratación del producto de seguro, usted deberá proporcionar datos de identificación obligatorios. Posteriormente, para acceder a los demás beneficios y servicios, se deberá descargar la app de las tiendas virtuales oficiales, y al registrarse se le proporcionará un nombre de usuario, posteriormente se tendrá que crear una contraseña de al menos ocho caracteres.
- c) **Responsabilidades por uso de los medios de identificación:** El Asegurado será responsable de que los datos que ingrese en nuestra página web y en la app, sean correctos y veraces. En caso de ingresar datos de terceros, el Asegurado será responsable de los consentimientos respectivos y del buen uso de éstos.

- d) **Mecanismos y procedimientos para la notificación de operaciones y servicios: General de Salud** pone a disposición del Asegurado diversos medios de comunicación en relación con las operaciones y servicios derivados del uso de medios electrónicos, como son la página web www.generaldesalud.com.mx, app, correo electrónico, y el centro de contacto telefónico de **General de Salud**.
- e) **Mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas:** Para cancelar las operaciones electrónicas, el Asegurado deberá cancelar el seguro a través de los mecanismos de comunicación autorizados.
- f) **Restricciones operativas:** Las operaciones y servicios aplicables al producto, serán gestionadas a través de Medios Electrónicos. No obstante, lo anterior, el Asegurado tiene en todo momento el derecho de ser asistido de manera telefónica a través del centro de contacto telefónico o de modo presencial en cualquiera de las sucursales de **General de Salud**.

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

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

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

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

Los mensajes de datos darán constancia de todas estas operaciones.

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

- **Llamadas de salida:** Como parte del producto (en caso de aplicar), **General de Salud** podrá realizar una llamada telefónica, para el seguimiento de asesoría médica telefónica o administrativa.
- **Llamadas entrantes:** Como parte del producto, el Asegurado podrá realizar llamadas las 24 horas del día, los 365 días del año, para solicitar asesoría médica telefónica o administrativa. Asimismo, se podrá solicitar por este medio información sobre trámites, endosos, y cualquier operación relacionada con la póliza.

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

Mensajes de Texto SMS: Se remitirán SMS al teléfono celular que se registre, en su caso:

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

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

- c) **Riesgos inherentes a la realización de Operaciones Electrónicas:** Por la naturaleza de los medios electrónicos, existen riesgos tales como usurpación de identidad, robo de información, software malicioso, fallas tecnológicas, discontinuidad de los servicios, etc. Los Medios Electrónicos de General de Salud son razonablemente confiables, si bien ningún sistema informático está exento de riesgos.

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

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

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

5.1 PRIMA

El Contratante pagará a **General de Salud** el total de la prima especificado en la carátula de la Póliza en el medio señalado para pago en el banco con las referencias indicadas en el recibo de pago de primas.

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

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

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

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

5.2 ALTA Y BAJA DE ASEGURADOS

A) Procedimiento de Alta de Asegurados

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

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

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

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

B) Procedimientos de Baja de Asegurados

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

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

En caso de que el Asegurado Titular no de aviso de inmediato, la Cobertura del Programa continuará en vigor para ese Asegurado y el Asegurado Titular se obliga a cubrir la prima correspondiente, hasta en tanto **General de Salud** no emita el endoso correspondiente.

General de Salud devolverá al Contratante la prima que corresponda en forma proporcional por el tiempo que faltare por transcurrir desde la baja hasta el término de contrato.

5.3 PRESCRIPCIÓN

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

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

6. VIGENCIA DEL SEGURO

6.1 INICIO DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato inicia en la fecha que se indica en la carátula de la póliza, entrando en vigor desde las 12:00 hrs. de la fecha de inicio.

6.2 TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA

La vigencia de este contrato termina en la fecha que se indica en la carátula de la póliza, a las 12:00 hrs. del día indicado como fin de vigencia.

6.3 RENOVACIÓN

Esta Póliza será renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del Contratante, dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza existente. La edad máxima de renovación será hasta los 69 años cumplidos.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de **General de Salud** se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación **General de Salud** calculará las primas de acuerdo con la edad alcanzada, sexo del Asegurado, riesgo ocupacional y/o médico, de acuerdo con las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

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

En caso de cambio de Programa aplicará lo estipulado en el apartado CAMBIO DE PROGRAMA.

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.**

6.4 EDAD

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

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

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

7. BENEFICIO MÁXIMO

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

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

8. COBERTURAS BÁSICAS

8.1 PREVENCIÓN DE LA SALUD

De conformidad al grupo de riesgo al que pertenezca cada uno de los Asegurados, se les otorgarán los siguientes servicios:

1. Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.
2. Las siguientes Inmunizaciones para menores de cinco años: Polio, DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos), Sarampión y BCG (Tuberculosis), SRP (Triple Viral: Sarampión, Rubéola y Parotiditis), Hexavalente (DPT, Polio, Hepatitis B y HIB), Neumococo e Influenza. La suma asegurada para esta cobertura

- es la especificada en la carátula de la póliza.
3. Inmunizaciones para colectividades de riesgo: SR (Sarampión y Rubéola), Td (Toxoide Tetánico y Diftérico).
 4. Detección oportuna de cáncer ginecológico, (examen de mama, mamografía y Papanicolaou), de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de cáncer de colon y recto (examen físico y prueba de sangrado microscópico en heces), campañas de detección oportuna de hipertensión arterial, de dislipidemias (determinación de colesterol y triglicéridos en sangre), de Diabetes Mellitus (glucemia en sangre).
 5. Educación y Planificación familiar temporal (dispositivo intrauterino).

8.2 MANTENIMIENTO DE LA SALUD

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

El Mantenimiento de la Salud de los Asegurados, estará a cargo del Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la red de Médicos Generales, Familiares, Médico Internista y Pediatras, así como Ginecólogos y Médicos Especialistas de acuerdo con su edad, quienes brindarán los siguientes servicios:

1. Atención médica en consultorio del Médico de Cuidados Primarios.
2. Atención en consultorio con médicos especialistas. El contrato amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Ginecólogo, Familiar, Internista y Pediatra que, dada la característica de su especialidad, las pacientes no requieren dicha referencia.

El copago para estos servicios se encuentra especificado en la carátula de la póliza.

8.3 MATERNIDAD

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

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

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

periodo de espera se considera cumplido si el inicio de la gestación del embarazo se presenta después de treinta días de vigencia continua e ininterrumpida de esta Póliza y la cobertura correspondiente. En caso de que el contrato sea extendido únicamente para la Asegurada Titular, el periodo de espera se considera cumplido si el inicio de la gestación del embarazo se presenta después de trescientos noventa días de vigencia continua e ininterrumpida de esta Póliza y la cobertura correspondiente este periodo de espera es aplicable para los siguientes incisos.

1. Control Prenatal.
2. Cuidados de maternidad (parto o cesárea). Quedarán cubiertos hasta tres ultrasonidos con su copago correspondiente en caso de no tener contratada la cobertura de Servicios Auxiliares de Diagnóstico.
3. Cuidados del recién nacido. Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y continua éste deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento y el parto haya sido cubierto por el programa.
4. Servicios de gineco-obstetricia. Siempre que el embarazo se haya generado posterior a un mes de vigencia continua de la póliza.
5. Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, (siempre y cuando el parto haya sido cubierto por el programa y el menor sea dado de alta al programa dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento).
6. Complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por el programa y atendido por la red de proveedores participantes de **General de Salud**.

Los copagos para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

8.4 SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

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

Estos servicios incluyen:

1. Consultas al odontólogo, incluye aplicación tópica de flúor en infantes.
2. Profilaxis (limpieza) e instrucciones de higiene bucal.
3. Examen oral de diagnóstico y plan de tratamiento.
4. Radiografías periapicales simples.

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

El copago para estos servicios se encuentra especificado en la carátula de la póliza.

8.5 SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

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

1. Servicios Auxiliares de Diagnóstico solicitados por el médico tratante, (análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de Rayos-X e imagenología, histopatología, estudios audiológicos, pruebas respiratorias, encefalogramas, examen de la vista e isótopos radioactivos).

El copago para estos servicios se encuentra especificado en la carátula de la póliza.

8.6 HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos vigentes de **General de Salud** en la plaza donde fue contratada la póliza, incluyendo a los ayudantes.

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

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos establecido para cada una de éstas.
- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, pero en diferente campo operatorio o a través de otra incisión, se pagará el 100% de la intervención cuyo importe sea mayor, además del 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 50% de lo tabulado para la cirugía principal.
- Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- Cualquier otra intervención no quedará cubierta.
- En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% cada una.
- Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, siempre y cuando transcurran al menos 24 horas entre una intervención y otra.
- Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:
 - a) Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%.
 - b) 60% de la factura hospitalaria total.

6. Honorarios del Anestesiólogo.
7. Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos requeridos por el paciente durante su estancia en el Hospital.
8. Sala de operaciones, terapia intensiva, intermedia y de recuperación.
9. Consumo de oxígeno.
10. Transfusiones de sangre o elementos de la misma que se requieran.
11. Servicio de Urgencias las veinticuatro horas.
12. Planificación familiar definitiva (Vasectomía y Salpingoclasia)
13. Enfermera extrahospitalaria de cuidados especiales legalmente autorizada para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un límite máximo de treinta días naturales por padecimiento por vigencia.
14. Compra o renta de aparatos especiales ortopédicos, excepto la reposición de aquellos aparatos ortopédicos ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
15. Medicina Física y de Rehabilitación, cuando sea considerado indispensable por el médico tratante, con un límite máximo de sesenta sesiones por padecimiento por vigencia.
16. Tratamiento con Terapia Radioactiva, Quimioterapia e Inhaloterapia.
17. Renta de equipo para recuperación, con un límite máximo de sesenta días por padecimiento por vigencia.
18. Transporte en Ambulancia Terrestre, cuando el médico tratante así lo requiera, previa autorización de **General de Salud**.
19. Por accidente o enfermedad, gastos de prótesis ortopédicas, mamarias, oculares, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis, con un costo máximo unitario equivalente a 38 **Salarios Mínimos Mensuales Generales Vigentes del Resto del País**. Excepto la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
20. Tratamiento quirúrgico de nariz o senos paranasales que sean originados por enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y esté cubierto por el programa.
21. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de accidente o enfermedad, siempre y cuando este haya sido cubierto por el programa y se dictaminen dentro de los siguientes treinta días naturales de ocurrido el evento.
22. Se cubrirán las consultas homeopáticas siempre y cuando sean

- otorgadas por un médico homeópata con Título profesional.
23. Se cubren los tratamientos quiroprácticos hasta un máximo de 30 sesiones por cada accidente y/o enfermedad amparada, siempre y cuando sean otorgadas por un Quiropráctico con Título profesional, previa autorización de **General de Salud**.
 24. Evento de alto costo, **General de Salud** cubrirá, previa autorización expresa por escrito, los gastos derivados de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y/o los medicamentos requeridos para el tratamiento extrahospitalario de los padecimientos que, por su evolución natural, complejidad o complicación demanden un manejo que eleve el costo de su atención y que sean amparados por esta cobertura (como por ejemplo y sin limitarlo a: Diabetes, Hipertensión, Cáncer de cualquier tipo, etc.), bajo las siguientes condiciones:
 - 24.1 Es necesario que el asegurado esté en control de su padecimiento con los proveedores de la red médica de **General de Salud**. En caso de que el asegurado haga caso omiso al control de su padecimiento, **General de Salud** se reserva el derecho de cesar la cobertura de “Evento Ambulatorio de Alto Costo”.
 - 24.2 Los gastos médicos por medicamentos y/o servicios auxiliares de diagnóstico serán cubiertos una vez que se establezca el diagnóstico definitivo y deberán ser por un mismo padecimiento, éstos se pagarán a partir del primer peso que rebase dos **Salarios Mínimos Mensuales Generales Vigentes del Resto del País**, mismos que se descontarán con cada nuevo padecimiento o renovación de Póliza.
 - 24.3 Procederá vía reembolso, salvo aquellos casos que **General de Salud** determine como pago directo.
 - 24.4 El copago aplicará sin excepción alguna y de acuerdo con la siguiente tabla:

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

9. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

9.1 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES

Para los efectos de este contrato se contemplan como tales, los gastos por tratamiento médico quirúrgico para planificación familiar definitiva (Vasectomía y Salpingoclasia); así como los indicados en las demás coberturas.

9.2 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS

Los gastos por tratamiento médico o quirúrgico de: Amígdalas y/o **Adenoides**; Padecimientos Anorrectales; Cirugía funcional de nariz o senos paranasales en caso de enfermedad, previa valoración y autorización de **General de Salud**; Circuncisión; Litiasis del aparato genitourinario; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos del Piso Perineal, Trastornos del aparato reproductor femenino, Trastornos del aparato reproductor masculino; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías biliares; Tumoraciones Mamarias (Benignas y/o malignas); Insuficiencia Venosa; Padecimientos de Rodilla.

9.3 GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS

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

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

9.4 ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE

Se eliminan los periodos de espera en caso de Accidente Cubierto.

9.5 LIMITACIONES

Cuando como consecuencia de un caso fortuito o de fuerza mayor, desastre natural, guerra, amotinamientos, insurrección civil o cualquier otra emergencia o evento similar fuera del control de **General de Salud**, de su personal o recursos, no se puedan proporcionar normalmente los servicios del Programa de acuerdo con lo estipulado en este Contrato, **General de Salud** arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del evento.

10. BENEFICIOS ADICIONALES

Para efectos de este contrato se señalan como Beneficios Adicionales a aquellos valores agregados que **General de Salud** brinda a sus Asegurados, sin costo alguno, tales como:

A) LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN A ASEGURADOS, denominada “INFOSALUD”

Los servicios que el Módulo Telefónico “INFOSALUD” (Información del Programa de Salud) proporciona son:

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

B) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Beneficio mediante el cual se puede requerir la opinión de otro profesional de la medicina, la cual puede ser solicitada por el Asegurado o por **General de Salud**, en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

C) LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS

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

D) RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD GENERADA EN OTROS PROGRAMAS O COBERTURAS DE SALUD SIMILARES

Este Beneficio reconoce la antigüedad, a los Asegurados que hayan estado cubiertos por una Póliza de Gastos Médicos o un programa de salud similar o afín al de **General de Salud**, por un período continuo e ininterrumpido mayor a un año, siempre y cuando éste no haya permanecido sin cobertura más de treinta días naturales desde el último término de vigencia, todo esto con el fin único de reducir los periodos de espera especificados en los apartados **GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES** y **GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS**.

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

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

11. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

11.1 LIMITACIONES

Cuando como consecuencia de un caso fortuito o de fuerza mayor, desastre natural, guerra, amotinamientos, insurrección civil o cualquier otra emergencia o evento similar fuera del control de **General de Salud**, de su personal o recursos, no se puedan proporcionar normalmente los servicios del Programa de acuerdo con lo estipulado en este Contrato, **General de Salud** arreglará la provisión de éstos, considerando el impacto del evento.

12. EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

El Programa no cubre los gastos que se originen por:

- 1. Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.**
- 2. Exámenes para extensión de certificados de salud.**
- 3. Vacunas específicas para el tratamiento de alergias.**
- 4. Aplicación y vacuna del Virus del Papiloma Humano.**
- 5. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Así mismo se excluye el terrorismo cuando el Asegurado participa como sujeto activo del mismo.**
- 6. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos**

- ó bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.
7. Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.
 8. Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado. Los accidentes o enfermedades que sufra el beneficiario, asegurado o afectado, como consecuencia o estando bajo los efectos o influjos de cualquier sustancia estimulante o depresora del sistema nervioso central sin importar el grado o concentración de las mismas y que en forma enunciativa corresponden a alcohol y drogas.
 9. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 10. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza.
 11. Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones o enfermedades congénitas, a excepción de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre que se cumpla con el periodo de espera establecido y que el parto haya estado cubierto por el programa, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.
 12. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.
 13. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.
 14. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
 15. La adquisición de prótesis no funcionales.
 16. Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualquiera que sea su causa u origen, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa y en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico.

17. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epique-ratofaquia, (tratamientos y trasplantes corneales).
18. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, obesidad o dietéticos y sus complicaciones, así como el tratamiento médico o quirúrgico de endometriosis y aquellos de carácter estético o plástico, excepto lo mencionado en la sección 8 “Coberturas Básicas”.
19. Tratamientos médicos a base de hipnotismo y que-laciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.
20. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
21. Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa.
22. Apoyos Diagnósticos, Tratamientos Médicos o Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.
23. Procedimientos médicos o quirúrgicos que desencadenen en un aborto; que no sean recomendados por el Médico de Cuidados Primarios del Asegurado o que no esté en riesgo la vida de la madre asegurada.
24. Diagnóstico y tratamiento para el VIH Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus compli-caciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cu-biertos con período de espera de cinco años.
25. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones excluidas en este Programa.
26. Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.
27. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o

- cuando el Asegurado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el endoso correspondiente que los incluya.
28. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes como: alpinismo, box, lucha libre o greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.
 29. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
 30. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
 31. Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anti-conceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Estudios Diagnósticos y Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, Hormona del Crecimiento, Complejos Vitamínicos, Complementos Alimenticios, Fórmulas Lácteas y derivados o complementos, Productos de Higiene personal, aquellos que no estén autorizados por la Secretaría de Salud y todos aquellos medicamentos que se utilicen para el tratamiento de los padecimientos y enfermedades no cubiertos por el programa.
 32. Pruebas de compatibilidad.
 33. En caso de trasplantes de órganos, gastos erogados en el estudio de los posibles donadores, así como las complicaciones y secuelas del donante.
 34. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en clínica, sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio que no tengan relación con el motivo del internamiento.
 35. Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol.
 36. Ambulancia Aérea. Salvo lo contemplado en la cobertura de "Asistencia Internacional en Viaje".

37. **Material de curación para pacientes fuera de hospital.**
38. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales, excepto aquellos servicios contratados y cubiertos por el programa. Dichos servicios solo serán cubiertos siempre y cuando sean indispensables a consecuencia de un accidente, el cual deberá ser respaldado y documentado por el odontólogo tratante y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido.**
39. **Implantes dentales de cualquier tipo.**
40. **Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético por padecimientos o alteraciones, de la articulación temporomandibular.**
41. **Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene buco-dental.**

13. COBERTURAS ADICIONALES

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

13.1 ASISTENCIA INTERNACIONAL 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**, mediante servicios que brindará a través de una tercera empresa.

Los servicios que a continuación se mencionan, serán válidos en todo el mundo, siempre y cuando el Asegurado o sus beneficiarios se encuentren viajando a ciento cincuenta kilómetros o más de su residencia legal o en otro país que no sea el de su residencia durante menos de noventa días. Todos los servicios deberán ser concertados por el Proveedor de Asistencia Internacional en Viaje (en adelante "EL PROVEEDOR") que **General de Salud** designe para tal fin, **No se aceptarán reclamos por reembolsos.**

BENEFICIOS DE ASISTENCIA

- a) **Consulta, Evaluación y Referencia Médica:** Los Beneficiarios tendrán acceso a un Centro de Operaciones con personal médico multilingüe las veinticuatro horas todos los días del año. El personal médico estará disponible para consultas, evaluación y referencia a médicos entrenados bajo el esquema de preparación y educación impartido en los Estados Unidos de Norteamérica.
- b) **Garantía de Admisión a un Hospital:** “EL PROVEEDOR” verificará la elegibilidad del asegurado, así como las coberturas contratadas o pagará fondos por adelantado al centro médico para facilitar el ingreso del Beneficiario a un centro médico extranjero, según sea necesario. El Beneficiario deberá reembolsar cualquier depósito para ingreso de emergencia al hospital que haya hecho “EL PROVEEDOR” dentro de los cuarenta y cinco días naturales siguientes al desembolso. Los Beneficiarios, a través de su plan médico o por otros medios, son responsables de pagar los costos incurridos por tratamiento médico suministrado por el centro médico.
- c) **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.
- d) **Repatriación Médica:** Cuando sea necesario por razones médicas según lo determine el médico de “EL PROVEEDOR” y el médico que atiende el caso, la repatriación bajo supervisión médica apropiada hasta la residencia legal del Beneficiario en el momento que el Beneficiario sea médicamente declarado como apto para viajar en transporte comercial, siempre que la repatriación pueda llevarse a cabo sin poner en peligro la condición del Beneficiario. Si el período de tiempo necesario para obtener dicha declaración excede los catorce días naturales contados a partir de ser dado de alta del hospital, se puede concertar un método de transporte apropiado, tal como una ambulancia aérea o terrestre. Se pueden proporcionar acompañantes médicos o no, según sea necesario. Siempre que el método de transporte de vuelta a la casa del Beneficiario no pueda usarse debido al incidente médico, “EL PROVEEDOR” repatriará al Asegurado o Beneficiario.

- e) **Vigilancia de Atención Crítica:** Vigilancia de la condición del Beneficiario Elegible por parte de personal médico, quién: se mantendrá en comunicación frecuente con el médico que atiende el caso o el hospital y transmitirá la información necesaria y legalmente permisible a los miembros de su familia.
- f) **Transporte para Reunirse con el Beneficiario Elegible:** Proveer a un miembro designado de la familia o amigo personal un boleto de clase económica, de ida y vuelta, en un transporte común hasta el aeropuerto o terminal terrestre principal más cercano al lugar de la hospitalización, siempre que el Beneficiario esté viajando solo y se proyecte que esté hospitalizado durante más de siete días naturales consecutivos. Es la responsabilidad del familiar o amigo de cumplir con los requisitos de pasaporte, visa y documentos necesarios.
- g) **Transferencia o Reemplazo de Recetas para Medicamentos:** “EL PROVEEDOR” asistirá en la transferencia o reemplazo de medicinas bajo receta, cuando sea posible y permisible bajo la ley, y tras recibir la autorización del médico que atiende el caso del Beneficiario. El Beneficiario es responsable de pagar el costo de la medicina.
- h) **Cuidado y Transporte de Menores de Edad:** Cuando un menor de edad quede desatendido como resultado de la situación médica del Beneficiario, “EL PROVEEDOR” proporcionará transporte para el menor de edad hasta su lugar de residencia o a la residencia de la persona designada por el Beneficiario y que viva en el mismo país que el Beneficiario y el menor de edad. Si es necesario, un acompañante viajará con el menor de edad.
- i) **Transmisión de Mensaje de Emergencia:** “EL PROVEEDOR” recibirá y transmitirá mensajes de emergencia del/al domicilio del Asegurado.
- j) **Traslado de Restos Mortales:** En el caso de fallecimiento del Beneficiario, “EL PROVEEDOR” efectuará los arreglos y pagará el costo del traslado de los restos mortales. “EL PROVEEDOR” brindará toda la ayuda necesaria para el transporte, inclusive localizar a una funeraria licenciada, morgue o centro de disposición directa para la preparación del cadáver para su transporte, tramitación de toda la documentación, tramitación de todos los requisitos legales, tramitación de servicios consulares (para fallecimientos en el extranjero), tramitación del certificado de defunción, compra del mínimo ataúd o contenedor necesario para transporte aéreo y pago

de los costos de transporte de los restos, inclusive el transporte desde el lugar del fallecimiento y entrega a la funeraria que lo reciba.

- k) **Orientación Psicopedagógica de Emergencia:** “EL PROVEEDOR” proporcionará de inmediato orientación psicopedagógica de emergencia por teléfono, con referencia a consejeros calificados para tratamiento posterior, ya sea en el lugar del incidente o después de su regreso a casa.
- l) **Referencia a Intérpretes y Consejeros Legales:** “EL PROVEEDOR” le proporcionará al Beneficiario referencias de intérpretes, consejeros o personal legal, según se solicite.
- m) **Coordinación de Fianza:** “EL PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de fianza, siempre que sea permisible legalmente, siempre que el Beneficiario sea la fuente de los fondos. La coordinación de los fondos correspondientes puede incluir interacción con el Beneficiario, el familiar (si el Beneficiario lo requiere) y las autoridades locales.
- n) **Coordinación de Efectivo por Emergencia:** “EL PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de un adelanto en efectivo por emergencia. La fuente de los fondos es responsabilidad del Beneficiario.
- o) **Servicios de Asistencia en General y Antes del Viaje:** “EL PROVEEDOR” proporcionará otros servicios de asistencia, según se soliciten, tal como ayuda con documentos perdidos, reemplazo de boletos y equipaje perdido. “EL PROVEEDOR” también proporcionará, información relacionada con el viaje, tal como direcciones y números de teléfono de embajadas y consulados, cambio de moneda, inoculaciones y requisitos de visas, al igual que códigos de teléfono para acceso desde países extranjeros y otra información pertinente.
- p) **Materiales de Comunicación e Identificación:** “EL PROVEEDOR” proporcionará Tarjetas de Identificación para los Beneficiarios con los números de teléfono necesarios para comunicarse con el Centro de Operaciones.

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

Exclusiones:

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

- 1. Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.**
- 2. Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**
- 3. Si se comete un acto ilegal, cuando el asegurado sea el provocador.**
- 4. Intento de suicidio.**
- 5. Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que éstas sean recetadas por un médico.**
- 6. Transferencia del Beneficiario de un centro médico a otro con habilidades similares y que proporcione el mismo tipo de asistencia médica.**

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

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

Aunque los servicios de asistencia están disponibles en todo el mundo, el tiempo de respuesta de transporte está relacionado directamente con la

ubicación o jurisdicción en que ocurra el evento. “EL PROVEEDOR” no es responsable en caso de no poder proporcionar servicios o de demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplo, pero sin limitarse a, condiciones del tiempo, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

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

“EL PROVEEDOR” no está Asegurado con la aseguradora y la 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.

13.2 EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

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

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

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

A) COBERTURAS Y BENEFICIOS

- 1. BENEFICIO MÁXIMO:** El Beneficio Máximo de esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta mil dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica. El deducible para esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

El Beneficio Máximo que corresponde a esta cobertura es independiente del contratado en cualquier otra y será el que rija durante la vigencia de la Póliza correspondiente.

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

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

La Emergencia, así como los efectos de esta Cobertura terminan cuando se estabilice y controle la condición patológica del paciente y esté en posibilidad de regresar a Territorio Nacional. Cualquier tratamiento posterior, será atendido en la República Mexicana de acuerdo con las condiciones de su Programa de Salud.

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

General de Salud, pagará la reclamación al tipo de cambio vigente al día de la erogación de los gastos, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

EXCLUSIONES DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

No quedan cubiertos los gastos que se originen por accidente o enfermedad ocurridos en la República Mexicana o en país diferente a donde se atiende médicamente la emergencia, así como sus consecuencias o complicaciones, sean éstas o no el motivo de la estancia o del viaje.

No se pagarán los gastos efectuados en el extranjero por:

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

14. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES

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

15. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

15.1 COPAGOS.

Los Afiliados pagarán los copagos al momento de recibir los servicios y beneficios contratados en la Póliza, en caso de reembolso el copago será deducido de la reclamación. Una lista de estos se especifica en la carátula de la Póliza. En caso de no cumplir con este requisito, será motivo para rescindir su cobertura familiar.

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

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

Beneficio mediante el cual **General de Salud** pagará directamente a los Proveedores, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados, cubiertos por este Programa de Salud. Para efecto de este sistema, se requiere ser atendido

por Proveedores Participantes de nuestra Red, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio.

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

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

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

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

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

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

Los gastos incurridos con proveedores no participantes en el Programa de Salud se pagarán exclusivamente a través del Sistema de Pago por Reembolso, considerando los requisitos y condiciones especificados en el apartado respectivo.

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

15.3 SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

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

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

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

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

Las compensaciones que resulten conforme a este Sistema serán liquidadas, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo con la tabla de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos vigentes de **General de Salud** en la plaza, en el curso de los treinta días

naturales siguientes a la fecha en que **General de Salud** reciba los documentos e información completa que le permita conocer los fundamentos de dicha Reclamación.

Los gastos erogados por reclamaciones procedentes ocurridas durante la vigencia de la Póliza se reembolsarán hasta el agotamiento del Beneficio Máximo contratado.

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

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

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

Procedimiento para el trámite de reclamaciones al utilizar Proveedores no Participantes

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

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de **General de Salud** y, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

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

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

Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras deberán ser expedidos con los requisitos fiscales, debiendo portar la firma del prestador directo del servicio al que se refieran. No se podrán aceptar recibos con firmas de otras personas, ni copias fotostáticas, facsímiles o documentos no originales. Tales documentos quedarán en poder de **General de Salud** una vez pagada la compensación correspondiente.

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

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

El Asegurado tendrá derecho de elegir médicos distintos a los de la red de proveedores contratados por **General de Salud**, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de **General de Salud** y el costo del servicio que le preste el médico.

En aquellos casos en que el Asegurado acuda con médicos fuera de la Red de Proveedores de Servicios, **General de Salud**

quedará liberada de toda responsabilidad civil presente o futura, en relación a la atención médica, hospitalaria, de enfermeras y ayudantes, farmacias, medicamentos, laboratorios, ambulancia y todo lo que se encuentre fuera de los servicios que proporciona **General de Salud** a través de sus redes de proveedores.

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

15.4 INTERÉS MORATORIO

En caso de que **General de Salud**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la compensación 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 compensación por mora de acuerdo a lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

15.5 MONEDA

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

En las Coberturas de Asistencia Internacional en Viaje y de Emergencia en el Extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados al tipo de cambio vigente al día de erogación de los mismos, de acuerdo a los registros del Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

15.6 SUBROGACIÓN DE DERECHOS

(Transcripción del Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

El seguro de personas puede cubrir un interés económico de

cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

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

16. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS.

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

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

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

Artículo 25: “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

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

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

haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

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

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

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

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

Artículo 69: “La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Artículo 70: “Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. (refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).”

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

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

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

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos años, en los demás casos.
En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”

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

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

Ley Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

- 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. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional

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

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

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

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

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

- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;
- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.
- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación
- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia

Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

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

- VIII. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

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

- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de

que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 17 de mayo de 2022 con el número CNSF-H0707-0012-2021/ CONDUSEF-004784-02.