



CONDICIONES GENERALES

MENORES FLEX- SALUD3 INDIVIDUAL

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de mayo de 2024, con el número CNSF-H0707-0015-2024/ CONDUSEF-006411-01.

El Asegurado podrá tener acceso a la consulta de su contrato de seguro, a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica:
www.gob.mx/condusef

Contenido

1. DEFINICIONES	3	35. PRECEPTOS LEGALES	19
2. OBJETO DEL SEGURO	5	36. AVISO DE PRIVACIDAD	19
3. COBERTURA BÁSICA	6	7. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES	19
4. COBERTURAS ADICIONALES	6	8. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS	21
5. EXCLUSIONES GENERALES	9		
6. CLÁUSULAS GENERALES	10		
1. CONTRATO	10		
2. COMUNICACIONES	10		
3. COSTO DE ADQUISICIÓN (COMISIONES)	10		
4. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	10		
5. MODIFICACIONES AL CONTRATO	10		
6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	10		
7. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	11		
8. COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC)	11		
9. CAMBIO DE PLAN	11		
10. CAUSAS DE RESCISIÓN	11		
11. CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO	12		
12. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	12		
13. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	12		
14. COMPETENCIA	13		
15. ELEGIBILIDAD	13		
16. EDADES DE ACEPTACIÓN	14		
17. VIGENCIA	14		
18. PAGOS	14		
19. CAMBIO DE OCUPACIÓN	15		
20. INDEPENDENCIA LABORAL	15		
21. INDEPENDENCIA CONTRACTUAL	15		
22. REHABILITACIÓN	15		
23. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	16		
24. SUMA ASEGURADA	16		
25. ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE PLAN DE SALUD	16		
26. PRESCRIPCIÓN	17		
27. SUBROGACIÓN DE DERECHOS	17		
28. MEDIO CIERTO DE ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN	17		
29. NO DISCRIMINACIÓN	17		
30. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES	17		
31. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	17		
32. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF).	19		
33. INTERÉS MORATORIO	19		
34. TERRITORIALIDAD	19		

1. DEFINICIONES

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

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. **ACCIDENTE CUBIERTO:** Es aquel Accidente originado dentro del periodo de vigencia de la Póliza de **General de Salud**.

3. **ASEGURADO(S):** La(s) persona(s) cubierta(s) por el Plan contratado, cuyo(s) nombre(s) aparece(n) en la Póliza.

4. **ASEGURADO TITULAR:** Persona física, mayor de edad, responsable de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este Contrato, además de ser el responsable de aceptar la Solicitud del Plan, con ese carácter.

5. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el Contratante y/o Asegurado en caso de fallecimiento del Asegurado siempre que se haya afectado alguna de las coberturas.

6. **BENEFICIOS ADICIONALES:** Son valores agregados que **General de Salud** brinda a sus Asegurados sin costo alguno dentro del Plan contratado.

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

8. **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.

9. **CONTRATANTE:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del presente Contrato para sí o para terceras personas, cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza, y que tiene como obligación el pago de las primas estipuladas en la misma.

10. **COPAGO:** Cantidad o porcentaje que el Asegurado deberá pagar por cada servicio específico que reciba. El listado específico y detallado de los Copagos a cubrir por el Asegurado aparecen en la carátula de la Póliza.

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

12. **DEPENDIENTES ECONÓMICOS:** Se consideran Dependientes Económicos del Asegurado Titular, al cónyuge y los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 años, siempre y cuando de 18 años en adelante sean estudiantes de tiempo completo. Se podrá considerar a los padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de elegibilidad y aceptación.

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

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

15. **ELEGIBILIDAD:** Derecho que se adquiere al reunir todos los requisitos para ser dado de alta en el Plan de **General de Salud**.

16. **ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS:** Es el derecho que se adquiere al reunir todos los requisitos para recibir servicios bajo las condiciones que establece el Plan de **General de Salud**.

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

18. **ENFERMEDAD:** Se entiende por Enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales

o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

No se considerarán como Enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. El embarazo y todo lo que se derive de él no se considera una Enfermedad.

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

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

A) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

21. 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.

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

23. GENERAL DE SALUD: General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.

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

25. MÉDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión. El Médico no puede ser familiar del Asegurado ni el Asegurado mismo.

26. MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (MCP): Es el Médico del Asegurado, responsable de su atención médica, incluyendo las ordenes o referencias a especialistas, hospitales y demás servicios tales como laboratorios, farmacias, imagenología, etc.

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

28. MÉDICO TRATANTE: Es el médico que se está haciendo cargo del cuidado y atención del padecimiento o Enfermedad del Asegurado.

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

30. PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Son alteraciones estructurales o funcionales, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida, visibles o no.

31. 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 Plan.

32. 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.

- 33. PERIODO AL DESCUBIERTO:** Es el lapso en el cual la Póliza no se encuentra pagada. Inicia el último día del periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada, previa su rehabilitación.
- 34. PERIODO DE ESPERA:** Es el tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza del Asegurado para que los beneficios sean cubiertos.
- 35. PERIODO DE GRACIA:** Plazo con el que cuenta el Contratante o Asegurado para cubrir el importe de la prima y representa el tiempo durante el cual, aunque no esté cubierto el recibo de la prima, surtirán efecto las garantías estipuladas en la Póliza (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- 36. PESTES:** Enfermedad infecciosa contagiosa que afecta tanto a animales como a humanos y puede causar gran índice de mortalidad.
- 37. PLAN DE SALUD:** Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por **General de Salud**.
- 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 la Póliza deben ser interpretados de acuerdo con el clausulado que le resulte aplicable (Condiciones Generales y Endosos).
- 39. PROVEEDOR:** Instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización para proveer servicios de salud, tales como Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios, Equipo Especial, etc.
- 40. 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, y no aplica para el sistema de Pago Directo.
- 41. PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Proveedor previamente seleccionado y con el cual se ha

celebrado convenio para participar en el Plan de Salud de **General de Salud**.

- 42. REEMBOLSO:** Sistema mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos por el Plan fueron liquidados por el Asegurado, directamente al prestador de servicios; aquéllos que procedan, serán reintegrados posteriormente por **General de Salud** al Asegurado o a quien éste designe, previa presentación de los comprobantes y formularios correspondientes. El pago por reembolso estará limitado por los Tabuladores de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos definidos por **General de Salud**.
- 43. REFERENCIA:** Es la canalización hecha por escrito por parte de un Médico de Cuidados Primarios para que el Asegurado reciba los servicios de un Médico Especialista. En los casos de atención gineco-obstétrica, pediátrica, geriátrica o de algún médico familiar o internista, no será necesaria dicha referencia, el Asegurado podrá solicitar directamente el servicio.
- 44. REHABILITACIÓN DEL CONTRATO:** Proceso mediante el cual se reinstalan los efectos de la Póliza, cuando ésta había sido cancelada por falta de pago.
- 45. SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de responsabilidad de **General de Salud**, de acuerdo con el plan contratado, a consecuencia de una Enfermedad, Accidente o servicio cubierto. El detalle de la suma asegurada por cobertura se especifica en la carátula de la Póliza. Éste podrá ser en monto o en número de servicios.
- 46. 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. OBJETO DEL SEGURO

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. en adelante denominada **General de Salud**, ofrece el Plan de Salud que proporciona la prestación de servicios dirigidos a prevenir y/o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del Asegurado.

El objetivo es prevenir algunas enfermedades frecuentes en la población mexicana, a través de la medicina preventiva y la detección oportuna de enfermedades, generando un cambio en el estilo de vida, no obstante, si, después de los esfuerzos preventivos, el asegurado presentara alguna enfermedad o accidente cubierto, esta institución

ofrece las siguientes coberturas adicionales para reducir el impacto económico que pudieran generar:

- Mantenimiento de la Salud
- Medicamentos
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico
- Servicios Odontológicos
- Urgencias Médicas

La póliza de seguro, la documentación contractual y las disposiciones que integran el clausulado del contrato de seguro, respetan la dignidad, derechos humanos y fundamentales del Contratante, del Asegurado y de los Beneficiarios de las 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.

3. COBERTURA BÁSICA

1. MEDICINA PREVENTIVA

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

1. Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.
2. Se cubrirán las vacunas establecidas por la Secretaría de Salud en el Esquema Nacional de Vacunación. En el caso de la vacuna del Virus de Papiloma Humano se aplicará únicamente a niñas de 10 y 11 años cumplidos.
3. Inmunizaciones para colectividades de riesgo, según se establezca por la Secretaría de Salud.
4. Exámenes de detección oportuna dependiendo del sexo y edad del Asegurado, los cuales son: detección de cáncer ginecológico (examen de mama, mamografía y Papanicolaou); de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de cáncer de colon y recto (examen físico y prueba de sangrado microscópico en heces); campañas de detección oportuna de hipertensión arterial, de dislipidemias (determinación de colesterol y triglicéridos en sangre) y de Diabetes Mellitus (glucemia en sangre).
5. Se incluye el servicio de educación y planificación familiar temporal (dispositivo intrauterino).

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

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

Exclusiones de la cobertura de Medicina Preventiva.

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

- a) Exámenes para extensión de certificados de salud.
- b) Cualquier tipo de aplicación y vacunas para la prevención de salud que no se encuentren en el Esquema Nacional de Vacunación.
- c) Otros estudios o exámenes que no sean convocados para el Asegurado.
- d) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.

4. COBERTURAS ADICIONALES

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

1. MANTENIMIENTO DE LA SALUD (APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

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

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

2. **Médicos Especialistas:** En caso de que el Asegurado requiera atención especializada, éste deberá ser canalizado por el médico de cuidados primarios mediante una referencia médica. La Póliza amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Familiar, Médico Internista, Médico Pediatra, Médico Geriatra, Médico Ginecólogo y Obstetra que, dada la característica de su especialidad, los pacientes no requieren dicha referencia.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

Exclusiones de la Cobertura Mantenimiento de la Salud.

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

- a) Consultas o tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.
- b) Consultas o tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos.
- c) Consultas o tratamientos médicos para corregir problemas de la vista.
- d) Cualquier tipo de consulta o tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.
- e) Consultas con nutriólogos, acupunturistas, homeópatas y médicos de medicina alternativa.
- f) Exámenes para extensión de certificados de salud.
- g) Consultas con odontólogos, tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales.
- h) No se cubren consultas o tratamientos de especialidad que no hayan sido remitidos por un Médico de Cuidados Primarios, a excepción de las especialidades especificadas en la descripción de la cobertura.

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

2. [MEDICAMENTOS \(APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA\)](#)

Mediante esta cobertura **General de Salud** cubrirá los medicamentos prescritos por el Médico Tratante durante la consulta, hasta la suma asegurada específica y definida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

Exclusiones de la Cobertura de Medicamentos.

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

- a) Medicamentos del grupo de los antidepresivos, anticonceptivos, tranquilizantes, ansiolíticos, anorexigénicos, tratamientos contra la infertilidad, disfunción sexual, cosmiátricos, fórmulas lácteas y derivados o complementos, productos de higiene personal, aquellos que no estén autorizados por la Secretaría de Salud y todos aquellos medicamentos que se utilicen para el tratamiento de los padecimientos y enfermedades no cubiertos por el Plan.
- b) Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol.
- c) Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene bucodental.
- d) Medicamentos que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante o que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.
- e) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

3. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

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

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

Exclusiones de la cobertura Servicios Auxiliares de Diagnóstico.

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

- a) Estudios que no hayan sido prescritos por el médico tratante o que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.
- b) Auxiliares de diagnóstico relacionados con odontología aun cuando hayan sido prescritos y programados por el cirujano dentista.
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

4. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS (APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Mediante esta cobertura **General de Salud** cubrirá los siguientes servicios odontológicos:

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 Plan, siempre y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido el Accidente y su atención sea exclusivamente dentro del consultorio dental.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

Exclusiones de la cobertura Servicios Odontológicos.

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

- a) Cualquier procedimiento que no se encuentre dentro de la descripción de la cobertura.
- b) Implantes dentales.
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

5. URGENCIAS MÉDICAS (APLICABLE SÓLO EN EL CASO DE ESTAR CONTRATADA Y SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Mediante esta cobertura **General de Salud** cubrirá los Honorarios médicos y gastos generados por la atención de una urgencia médica hasta la Suma Asegurada contratada y que se especifica en la carátula de la póliza, deberá ser atendido por los médicos pertenecientes al rol de urgencias definidos en los hospitales.

La Urgencia y los efectos de esta cobertura se terminarán cuando:

1. Se estabiliza y se controla la condición patológica del Asegurado al expedirse el alta del servicio de urgencia por el médico tratante.
2. Al contar con una alta voluntaria por parte del Asegurado.
3. En el caso de que la urgencia médica derive en una hospitalización.

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

caso de que la urgencia médica se derive de un Accidente cubierto, el copago se reducirá en un 50% del contratado para esta cobertura.

Exclusiones de la cobertura Urgencias Médicas.

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

- a) Servicios que no se consideren una urgencia médica.
- b) Ambulancia.
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.

5. EXCLUSIONES GENERALES

El Plan no cubre los gastos que se originen por:

- a) 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.
- b) 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.
- c) Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.
- d) Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.

- e) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y cualquier tratamiento y/o trasplante de córnea.
- f) 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.
- g) Lesiones sufridas por el Asegurado cuando participe como conductor u ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- h) Padecimientos o lesiones por Accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.
- i) Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio, mutilación o lesiones voluntarias, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- j) Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, radioactividad o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Asimismo, se excluye el terrorismo cuando el Asegurado participa como sujeto activo del mismo.
- k) Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales y pestes;

- m) Los Accidentes o enfermedades que sufra el Asegurado 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 éstas y que en forma enunciativa corresponden a alcohol y drogas.
- n) Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa o complementaria.
- o) Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.

6. CLÁUSULAS GENERALES

1. CONTRATO

Se integra por: las declaraciones del Contratante y del Asegurado manifestadas 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, quedará amparado el Asegurado que ingresa a esta Póliza.

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

2. COMUNICACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, el Contratante puede contactar por escrito en el domicilio indicado en la presente cláusula o por correo electrónico en la dirección atencionclientes@gsalud.com.mx, o bien puede acudir a **General de Salud**, en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de atención a clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de **General de Salud**, cuyo domicilio puede

consultar en www.generaldesalud.mx. 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 física o correo electrónico que conozca **General de Salud**.

3. COSTO DE ADQUISICIÓN (COMISIONES)

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar a **General de Salud**, por escrito o por correo electrónico de acuerdo con lo indicado en el apartado "Comunicaciones", 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 correo electrónico, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

4. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

5. 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, cualquier persona no autorizada específicamente por **General de Salud** carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y el Asegurado 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 **General de Salud** 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 ocurrencia de un evento descrito en el apartado de Coberturas.

7. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá 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 omitiera el aviso o si provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud** en lo sucesivo. Si el Asegurado no cumple con dichas obligaciones, **General de Salud** no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que el Asegurado no cumpla con las campañas de Medicina Preventiva o haga caso omiso del tratamiento y sugerencias médicas que se le proporcionen, **General de Salud** podrá considerar que el Asegurado incurre en una agravación de riesgo.

8. COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC)

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado 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.

9. CAMBIO DE PLAN

General de Salud a solicitud del Asegurado, podrá otorgar cambio de Plan en la renovación de la Póliza, previa revisión del historial de ésta. 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.

10. CAUSAS DE RESCISIÓN

Omisiones o inexactas declaraciones: 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 para la apreciación correcta del riesgo que se asume, 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 Asegurado, 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 al Contratante o Asegurado, 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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

11. CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO

En caso de que el Contratante o Asegurado, 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, **General de Salud** se libera de la obligación de pago. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada.

12. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL

General de Salud está obligado a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca alguna de las eventualidades previstas en el contrato de seguro dentro de la vigencia de éste, y de acuerdo con las coberturas contratadas estipuladas en la carátula de la Póliza.

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

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

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

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

2) A petición del Asegurado y/o Contratante: Para terminar anticipadamente este Contrato, el Asegurado y/o Contratante deberá dar aviso por escrito o por correo electrónico de acuerdo con lo indicado en el

apartado “Comunicaciones” a **General de Salud** de este hecho. **General de Salud** tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor y devolverá al Contratante la Prima pagada de los meses posteriores a la fecha de cancelación de la póliza (Prima no devengada pagada) y no incluirá en dicha devolución las Primas de las Coberturas que hubieran sido afectadas por un siniestro durante la vigencia de la Póliza. La devolución se realizará de acuerdo con la siguiente tabla:

Mes de cancelación	Porcentaje a devolver de la prima no devengada pagada
1	87%
2	88%
3	89%
4	90%
5	92%
6	94%
7	97%
8	100%
9	100%
10	100%
11	100%

El porcentaje de las primas no devengadas será devuelto en un plazo no mayor a 30 días, contados a partir de la fecha en que **General de Salud** cuente con la documentación completa por parte del Asegurado y/o Contratante para realizar la devolución.

La responsabilidad de **General de Salud** cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el Contratante no de aviso de inmediato, la Cobertura del Plan continuará en vigor para el Asegurado y éste se obliga a cubrir la Prima correspondiente, hasta en tanto **General de Salud** no emita la cancelación correspondiente.

13. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

General de Salud sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

A) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando **General de Salud** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

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

Con independencia de lo establecido en la sección “PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES”, cuando a juicio de **General de Salud** se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar por una forma amigable de solución de controversias, que será sometida a la decisión de un tribunal arbitral, situado en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en términos del último párrafo del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Tanto el Asegurado como **General de Salud** nombrarán su árbitro y los dos árbitros así designados nombrarán a un tercero. Si la parte demandada dejara de nombrar a un árbitro dentro de las tres semanas de haber sido requerida por la otra o en caso de no coincidir los dos árbitros en la elección del tercer árbitro, éste será designado por la autoridad jurisdiccional competente.

Una vez constituido el tribunal arbitral, la parte demandante dispondrá de cuatro semanas para presentar el caso al tercer perito, dando las razones de la demanda. El árbitro designado por la demandada gozará de un plazo de cuatro semanas para contestar, contando a partir de la fecha en que le sea comunicado el contenido de la demanda.

El tribunal arbitral proporcionará su laudo a más tardar, a los seis meses de haber sido fijada la litis. Excepto especificación diferente en otro inciso de este apartado, los árbitros efectuarán su labor, estando exentos de toda formalidad judicial y podrán decidir libremente sobre la forma del procedimiento.

El tribunal de arbitraje tomará sus decisiones por mayoría de votos fallando en conciencia y atendíéndose a la práctica comercial del seguro. Dictará su laudo con fundamento en la equidad y la costumbre más que en derecho estricto. El tribunal de arbitraje decidirá respecto a la contribución de las partes al costo del arbitraje.

14. COMPETENCIA

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

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de **General de Salud** 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 **General de Salud** 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.

15. ELEGIBILIDAD

Los requisitos de elegibilidad y aceptación para ser dado de alta en el Plan de General de Salud y recibir los servicios que este establece son:

I. **DEL ASEGURADO TITULAR:** Que tenga una edad mayor o igual a 18 años y hasta 64 años cumplidos.

II. DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

- i. Ser cónyuge del Asegurado Titular.
- ii. 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 acredita.

iii. Ser padre o madre del Asegurado Titular siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular y 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.

III. CAUSAS DE INELEGIBILIDAD: Si la persona fue previamente Asegurada del Plan de Salud y su cobertura fue terminada por **Omisiones o inexactas declaraciones** que se especifican en la Cláusula “**Causas de Rescisión**”.

16. EDADES DE ACEPTACIÓN

Para efectos de este Contrato, los límites de aceptación son desde el nacimiento y hasta los 64 años cumplidos, siendo 69 años la edad máxima de renovación.

Si el asegurado hace la contratación inicial de este seguro antes de cumplir 60 años y permanece con Cobertura vigente de manera ininterrumpida, podrá efectuar renovaciones sin algún límite de edad (renovaciones vitalicias). En caso de que el primer seguro sea adquirido por el Contratante después de cumplir la edad de 60 años, la renovación estará topada hasta los 69 años cumplidos.

General de Salud podrá solicitar en cualquier momento, documentos que comprueben la edad del Asegurado inscrito. 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.

Si posterior a la celebración del Contrato se comprueba que hubo una indicación inexacta de la edad, y siempre que la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de aceptación, se aplicarán las siguientes reglas:

1) Si la prima pagada a General de Salud fue menor a la que correspondería por la edad real, la obligación de General de Salud se reducirá en la proporción que exista entre la prima recibida y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del Contrato.

2) Si al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado General de Salud hubiere satisfecho ya el importe del seguro, tendrá derecho a recuperar lo que hubiera pagado de más conforme a la proporción que exista entre la prima recibida y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del Contrato, incluyendo los intereses respectivos.

3) Si la prima pagada a General de Salud fue mayor a la que correspondería por la edad real del asegurado, General de Salud reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Además, las primas posteriores se reducirán a la correspondiente a la edad real del Asegurado.

4) Si posterior al fallecimiento del Asegurado se descubriese que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, General de Salud pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

17. VIGENCIA

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 horas de la fecha de inicio.

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 horas del día indicado como fin de vigencia.

18. PAGOS

I. PAGO DE PRIMA

El Contratante pagará a **General de Salud** el total de la prima especificada en la carátula de la Póliza, el importe del primer recibo contendrá el total de la prima o la fracción correspondiente con los gastos de expedición completos y el importe de los recibos subsecuentes será

el monto total de la prima dividido entre el número de parcialidades, sin incluir los gastos de expedición.

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

En cada renovación o inclusión de Asegurados a la Póliza, la prima se determinará a cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En caso de una reclamación, **General de Salud** podrá deducir, de la compensación, el total de la prima pendiente de pago.

El asegurado gozará de un plazo de 30 (treinta) días naturales para liquidar el total de la prima o la fracción 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 contarán con un periodo de 30 (treinta) días naturales para su liquidación.

II. FORMA DE PAGO

El Contratante puede optar por liquidar la prima con una forma de pago diferente a la anual, se aplicará un recargo por pago fraccionado que corresponda al momento de la celebración del contrato, este recargo se estipulará en la carátula de la Póliza.

III. COPAGOS

Los Asegurados pagarán los copagos al momento de recibir los servicios y/o beneficios contratados en la Póliza, en caso de reembolso el copago será deducido de la compensación. La 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. En caso de accidente los copagos quedarán exentos, excepto en la cobertura de Urgencias Médicas, ya que, en este caso, el copago se reducirá en un 50% del contratado para esta cobertura.

IV. 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.

19. CAMBIO DE OCUPACIÓN

De acuerdo con lo estipulado en el apartado de “**Agravación del Riesgo**”, el Asegurado deberá 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 conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud** en lo sucesivo. Asimismo, si el Asegurado realiza un cambio de ocupación distinta a la declarada, a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a **General de Salud**, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone 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. En caso de no dar aviso, **General de Salud** no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamaciones que se originen a consecuencia de la nueva ocupación.

20. INDEPENDENCIA LABORAL

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

21. 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.

22. REHABILITACIÓN

En caso de que los beneficios de este Plan hubieren cesado por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, presentando la documentación correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose **General de Salud** el derecho de aprobar 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 al descubierto.

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**.

Se excluyen Accidentes y/o enfermedades cuyos signos o síntomas hayan iniciado durante el periodo al descubierto, así como los gastos erogados a consecuencia de dichos Accidentes y/o enfermedades.

23. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza será renovada por periodos de un año de forma automática, en caso de que el Contratante no quiera la renovación deberá comunicarlo a **General de Salud** de forma fehaciente, dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza existente.

Si el asegurado hace la contratación inicial de este seguro antes de cumplir 60 años y permanece con Cobertura vigente de manera ininterrumpida, podrá efectuar renovaciones sin algún límite de edad (renovaciones vitalicias). En caso de que el primer seguro sea adquirido por el Contratante después de cumplir la edad de 60 años, la renovación estará topada hasta los 69 años cumplidos.

El pago de la Prima acreditada mediante el endoso emitido por **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 y riesgo médico del Asegurado, según 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 Automática**” 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 el Apartado “**Omisiones o Inexactas Declaraciones**” de estas Condiciones Generales.

La primera y las ulteriores Renovaciones sucesivas que tenga este Contrato se sujetarán a las primas que **General de Salud** tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva.

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, la suma asegurada (a solicitud del contratante), coberturas (a solicitud del contratante), cláusulas que por ley o por solicitud del regulador deban adicionarse o modificarse y definiciones. Los cambios deberán notificarse al Asegurado con treinta días de anticipación a la renovación de la póliza.

En caso de cambio de Plan, aplicará lo estipulado en el Apartado “CAMBIO DE PLAN”.

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

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

24. SUMA ASEGURADA

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

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

25. ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE PLAN DE SALUD

General de Salud podrá solicitar y recibir de cualquier Proveedor que brinde o haya brindado sus servicios a un Asegurado, toda la información necesaria para integrar sus expedientes, sujetos a los requerimientos confidenciales aplicables, los Asegurados por este medio autorizan a cualquier Proveedor a revelar todos los hechos pertenecientes a tal cuidado y tratamiento; también para rendir informes referentes al cuidado de la condición física y médica del Asegurado.

Las obligaciones de **General de Salud** quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de

que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior, tal como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Asimismo, **General de Salud** se reserva el derecho de requerir una segunda opinión médica para el Asegurado, en caso de que éste se negara a la revisión médica, **General de Salud** quedará liberada de cualquier obligación o gasto derivado del padecimiento y sus complicaciones.

26. PRESCRIPCIÓN

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

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

27. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

De acuerdo con el 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.

28. MEDIO CIERTO DE ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

En caso de que el Contratante y/o Asegurado de este seguro desee la consulta o impresión de la documentación contractual, o bien, conocer los procedimientos para cancelar la póliza o para presentar reclamaciones en caso de siniestro, **General de Salud** establece como medio cierto para tales efectos los

medios que se establecen en el apartado de “**Comunicaciones**” de las presentes Condiciones Generales.

29. NO DISCRIMINACIÓN

General de Salud brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, ideologías 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 a la suscripción del producto.

30. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES

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

31. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

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

b) Medios de identificación del usuario: Para la cotización y contratación del producto de seguro, usted deberá proporcionar datos de identificación obligatorios. Posteriormente, para acceder a los demás beneficios y servicios, se deberá descargar la app de las tiendas

virtuales oficiales, y al registrarse se le proporcionará un nombre de usuario, posteriormente se tendrá que crear una contraseña de al menos ocho caracteres.

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

d) Mecanismos y procedimientos para la notificación de operaciones y servicios: **General de Salud** pone a disposición del Asegurado diversos medios de comunicación en relación con las operaciones y servicios derivados del uso de medios electrónicos, como son la página web www.generaldesalud.mx, app, correo electrónico, y el centro de contacto telefónico de **General de Salud**.

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

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

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

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

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

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

Los mensajes de datos darán constancia de todas estas operaciones.

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

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

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

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

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

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

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

f) Sugerencias de seguridad de la información: 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.

32. 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 el seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de **General de Salud** al teléfono a 55.52.70.80.00 extensión 8883 y 8806, y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en la dirección Avenida Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México y/o al Centro de Atención Telefónica a los teléfonos 555340 0999 y 800 99 98080, y/o al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite www.condusef.gob.mx

33. INTERÉS MORATORIO

En caso de que **General de Salud**, no obstante, después de 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, se obliga a pagar al Asegurado, una compensación por mora de acuerdo con lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

34. TERRITORIALIDAD

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

35. PRECEPTOS LEGALES

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, el Contratante y Asegurado pueden consultarlos en la página web www.generaldesalud.mx o al final de estas Condiciones Generales.

36. AVISO DE PRIVACIDAD

General de Salud maneja sus datos personales con total apego a la Ley Federal de Datos Personales en posesión de Particulares. Conozca todos los detalles y el contenido del Aviso de Privacidad en www.generaldesalud.mx

7. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

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

Beneficio mediante el cual **General de Salud** pagará directamente a los Proveedores, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados, cubiertos por este Plan de Salud. Para efecto de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red y que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio. La atención deberá estar coordinada de acuerdo con lo indicado en el Manual del Asegurado.

Invariablemente el Asegurado deberá pagar al prestador del servicio, el copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado (Ver Carátula de Póliza correspondiente). En caso de accidente los copagos quedarán exentos.

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

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

III. **Farmacias: General de Salud** liquidará al proveedor el monto exclusivamente por medicamentos prescritos por el Médico de Cuidados Primarios, y que consten en el formulario respectivo, quedando a cargo del Asegurado el importe del copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado.

Los gastos incurridos con proveedores fuera de la Red del Plan de Salud se pagarán exclusivamente a través del Sistema de Pago por Reembolso, considerando los requisitos y condiciones especificados en el apartado respectivo.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **General de Salud**, a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del

asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **General de Salud**.

2. SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Este sistema de pago es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Plan de Salud se han efectuado con un proveedor no participante y por lo tanto liquidado 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 siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de reembolso.

El pago por reembolso estará limitado a la tabla de los aranceles convenidos entre **General de Salud** y el proveedor (la que se puede consultar en nuestra página de internet www.generaldesalud.mx) y 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.

Los reembolsos que resulten conforme a este Sistema serán liquidados, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo con los aranceles vigentes de **General de Salud** en la plaza.

General de Salud tendrá un plazo no mayor a treinta (30) días a partir de haber recibido el aviso y la documentación que se indica en la presente sección "SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO" para realizar el pago, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que **General de Salud** haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

PROCESO DE REEMBOLSO

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

El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito o por correo electrónico de acuerdo con lo indicado en el apartado "Comunicaciones" a **General de Salud** la realización del evento que origina la reclamación dentro de los primeros cinco (5) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

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** o a través de los medios electrónicos indicados en los Términos y Condiciones que el Asegurado podrá consultar en la página www.generaldesalud.mx y, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

I. **Aviso de Accidente o Enfermedad**, debidamente llenado y requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular.

II. **Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa**, éstos deben ser debidamente 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.

III. **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, etc.).

- IV. **Acta del Ministerio Público, en caso de accidente** con afectación a terceros o en caso de ser en la vía pública, en aquellos casos en los que intervenga la autoridad correspondiente, se requerirá copia certificada o autenticada de las constancias integradas ante el Ministerio Público.
- V. **Identificación oficial.**
- VI. **Resumen de atención en hoja membretada del hospital.**
- VII. **Comprobante de domicilio.**
- VIII. **Formato de identificación del cliente**
- IX. **Formato de pago por transferencia electrónica**
- X. **Carátula del Estado de cuenta bancario donde se muestre el Nombre del beneficiario y la cuenta CLABE**

Los recibos por honorarios profesionales de médicos deberán ser expedidos con los requisitos fiscales, debiendo portar la firma del prestador directo del servicio al que se refieran. Los documentos señalados en los incisos II), III), y V) se solicitarán en copia simple y únicamente el original de los mismos para cotejo..

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

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

Para pago por Reembolso 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 con la atención médica, hospitalaria, de enfermeras y ayudantes, farmacias, medicamentos, laboratorios 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 los aranceles de la plaza en que fue declarada dicha residencia.

Los formatos de reclamación podrán ser consultados a través de la página web de **General de Salud** www.generaldesalud.mx.

8. 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 periodos de igual duración. Si el Asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda”.

Artículo 40: “Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

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

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

Artículo 163: El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 202: “Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser

incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.”

Artículo 214: “La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

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

Artículo 276: “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

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

aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

Artículo 277: “En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá

transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.”

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

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

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

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas

disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo señalarán los términos para su debido cumplimiento.

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

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

documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

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

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

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

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

LEY 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, y

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. Párrafo adicionado DOF 10-01-2014 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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de mayo de 2024, con el número CNSF-H0707-0015-2024/ CONDUSEF-006411-01”.