

# La Guardia Nacional

Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores  
Condiciones Particulares  
Abril 2025

# CONTENIDO

| <b>Concepto</b>                    | <b>Número de Pagina</b> |
|------------------------------------|-------------------------|
| Introducción                       | 3                       |
| Definiciones                       | 4                       |
| Cobertura Básica                   | 10                      |
| Parto y Cesárea                    | 17                      |
| Beneficios Adicionales             | 20                      |
| Exclusiones                        | 22                      |
| Gastos a Cargo del Asegurado       | 25                      |
| Clausulas Generales                | 28                      |
| ¿Qué hacer en caso de reclamación? | 34                      |
| Sistemas de Pago                   | 38                      |
| Formatos                           | 40                      |

## Introducción

Usted cuenta ahora con la protección de un Seguro de Gastos Médicos Mayores, diseñado especialmente para las necesidades de la Guardia Nacional. Le pedimos que tome en cuenta lo siguiente:

- Vigencia  
El contrato tiene vigencia a partir de las 00:00:01 horas del 23 de abril de 2025 a las 24:00:00 horas del día 31 de diciembre del 2025.
- Lea cuidadosamente las condiciones de su póliza. Recuerde que, en todo Seguro de Gastos Médicos Mayores, algunos padecimientos no están cubiertos. Cerciórese de saber cuáles son unos y otros. Conozca los términos, el deducible de su póliza. Conocer esta información le evitará confusiones y agilizará su trámite.
- Lleve siempre consigo su póliza, acompañada de una identificación oficial con fotografía, le permitirá ingresar al hospital más fácil y rápidamente.
- Verifique que el hospital se encuentre en convenio.
- Comuníquese a los siguientes teléfonos de atención donde se le proporcionará toda la información que usted requiera los 365 días del año, las 24 horas.

**55 9595 0000** Territorio Nacional opción 2 y 1

**(01) 52 55 9595 0000** Territorio Extranjero

## Definiciones

- **Accidente cubierto:**

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada (dentro o fuera del territorio nacional) que produce lesiones corporales en la persona del asegurado, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia y se encuentre amparado en los términos de las Condiciones Generales que, en su caso, integrarán el contrato que derive del presente Anexo Técnico. No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el asegurado.

- **Abandono de empleo:**

Cuando el Integrante deja de prestar sus servicios y como consecuencia se le suspende el pago de la contraprestación económica respectiva.

- **Accidente de trabajo:**

Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo. Se considerará accidente de trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste, así como aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en el que se desempeña su trabajo o viceversa.

- **Asegurado (s):**

Es la persona física que forma parte de la colectividad asegurada mediante la presente contratación, tiene el carácter de Integrante en activo, cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual o, si se trata de la persona que para efectos del seguro se designa como su cónyuge, concubina, concubinario o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable o hijos del asegurado titular, sin límite de edad.

- **Aseguradora:**

La Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de Seguros a la que se adjudique el contrato.

- **Causa de siniestro:**

Motivo que originó el siniestro derivado de un accidente o enfermedad, parto o cesárea.

- **Caso fortuito o de fuerza mayor:**

Aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre y cuando no se haya dado causa o contribución a ellos.

- **Certificado individual:**

Es el documento que emitirá Plan Seguro, para cada Asegurado titular, con al menos los siguientes datos: nombre del Asegurado titular, y en su caso, nombre de su cónyuge, concubina o concubinario, e hijos fecha de nacimiento, edad, fecha de antigüedad, fecha de ingreso a la colectividad asegurada, suma asegurada básica, en su caso potenciación, deducible con base en las Condiciones Generales, coaseguro, y principales coberturas. El certificado deberá incluir la siguiente leyenda: "Los términos y condiciones del seguro se encuentran establecidos en las Condiciones Generales".

- **Coaseguro:**

Porcentaje especificado en el certificado individual a cargo del asegurado Titular en activo, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada siniestro, una vez descontado el deducible y que se debe pagar en cada evento

de enfermedad cubierta, en los casos en que el médico y/o hospital no formen parte de la red médica de Plan Seguro y que no se ajusten al tabulador de Plan Seguro, a excepción de accidentes, emergencias o urgencias médicas.

- **Contrato:**

Instrumento jurídico a través del cual Plan Seguro se obliga mediante el cobro de una prima a pagar los gastos médicos y hospitalarios al verificarse cualquier eventualidad prevista en las condiciones generales.

- **Cuarto privado estándar:**

Cuarto de hospital clínica o sanatorio con cama extra para un acompañante, teléfono, televisión y baño privado con alimentos incluidos para el asegurado.

- **DGRH:**

Dirección General de Recursos Humanos (Administrador de Contrato).

- **Deducible:**

Cantidad indicada en el certificado individual y en las condiciones generales expresada en número de veces la UMAM, a cargo del asegurado en activo, que se debe pagar en cada evento de enfermedad cubierta, en los casos en que el médico y/o hospital no formen parte de la red médica de Plan Seguro, a excepción de accidentes, emergencias o urgencias médicas.

- **Emergencia o urgencia médica:**

Se considera emergencia cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, urgencia médica (situación en donde se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, pero este no implica riesgo en la vida de los que la involucra ni genera peligro en la evolución de su afección), motivo por el cual ingresa por el área de urgencias o emergencias a un hospital, los cuales serán cubiertos mediante pago directo por Plan Seguro previa solicitud de la Guardia Nacional, esta cobertura aplica tanto en territorio nacional como en el extranjero para el Integrante comisionado y/o en curso de capacitación.

- **En servicio:**

Situación laboral del Integrante en activo, que indica el tratamiento del siniestro ocurrido al asegurado, en el que se le tipifica como riesgo de trabajo de acuerdo a lo establecido en las Leyes vigentes del Institutos de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que integran la colectividad asegurada.

- **Endoso:**

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes las condiciones generales y/o cláusulas generales de la póliza y forma parte de ésta.

- **Enfermedad congénita:**

Es aquella que se produce durante el periodo de gestación y que se manifiesta desde el nacimiento o en cualquier etapa de la vida.

- **Enfermedad cubierta:**

Es toda alteración en la salud del asegurado debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico y se encuentre amparado en los términos de las condiciones y cláusulas generales que integran el servicio.

- **Enlace administrativo:**

Persona responsable de las Unidades Administrativas de la Guardia Nacional y que puede reportar los siniestros que se presenten durante la vigencia del contrato.

- **Evento de accidente cubierto:**

Se refiere a cada accidente cubierto por la presente contratación, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado del mismo accidente.

- **Evento de enfermedad cubierta o evento de accidente cubierto:**

Se refiere a cada enfermedad cubierta por este seguro, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad o accidente cubierto. El evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo accidente.

- **Fecha de antigüedad:**

Fecha a partir de la cual el asegurado cuenta con la protección de una póliza de gastos médicos mayores de forma individual o contratada a través de otra colectividad distinta con cualquier Proveedor, y sólo servirá para reducir o eliminar periodos de espera; siempre y cuando la protección haya sido continua e ininterrumpida.

- **Gasto médico:**

Es cualquier erogación que se realiza por la atención y/o tratamiento de un accidente y/o enfermedad, parto o cesárea.

- **Gasto médico mayor:**

Es la acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad, parto o cesárea cubiertos por el contrato que, en su caso, derive del presente Anexo Técnico y que rebasan el deducible contratado, especificado en el certificado individual y en las Condiciones Generales.

- **Honorarios médicos:**

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al asegurado y que participa de manera activa y directa en su recuperación.

- **Hospital:**

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos, accidentados, o servicios de ginecología. Incluye sanatorios y clínicas.

- **Hospitalización:**

Es la estancia continua en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención de una enfermedad o accidente, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

- **Guardia Nacional:**

Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

- **Médico coordinador:**

Médicos contratados por Plan Seguro encargados de apoyar en la asesoría y gestión de trámites médicos a los Asegurados que necesiten utilizar el servicio, se acreditan mediante copia del Contrato que demuestren las funciones, cédula profesional y comprobante de domicilio en la plaza en la que se encuentra asignado.

- **Nivel de tabla de I.Q.:**

Es el monto máximo contratado, especificado en el presente seguro y en cada certificado individual, para intervenciones quirúrgicas. El importe para pagar dependerá del procedimiento quirúrgico y en su caso, del lugar (zona geográfica) donde se realice.

- **Padecimiento preexistente:**

Son aquellos en los que:

- Previamente al ingreso a la colectividad asegurada, se haya declarado al asegurado la existencia de un 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 Plan Seguro 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 la procedencia de la reclamación.
- Previamente al ingreso a la colectividad asegurada, el asegurado que haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- Si un padecimiento agotó la suma asegurada con anterioridad a la fecha de inicio del contrato no se encontrará cubierto.
- Las enfermedades congénitas no se considerarán padecimientos preexistentes, por lo que para este tipo de enfermedades deberá aplicar lo establecido en las Condiciones Generales que integran el Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para los integrantes de la Guardia Nacional.

- **Pago de complemento y/o colas de siniestros:**

Es la continuidad en el pago de las reclamaciones originadas anteriormente al inicio de la vigencia a la celebración de la presente contratación, las cuales formarán parte de la siniestralidad si fueron reclamadas y pagadas en la vigencia del nuevo contrato de acuerdo con la información proporcionada en la siniestralidad de la colectividad, siempre y cuando el contrato se encuentre vigente con Plan Seguro.

En el caso de que la reclamación haya ingresado en los casos especiales (incremento de suma asegurada de las vigencias anteriores), se cubrirá a través de una nueva autorización previa solicitud del titular de la unidad o su equivalente que corresponda, de acuerdo a la adscripción del Integrante afectado.

Las colas quedan a cargo de la nueva empresa de seguros, y no a cargo del proveedor donde se inició el procedimiento. El proveedor sólo cubrirá complemento de entrada y no de salida.

- **Pago directo:**

Sistema mediante el cual Plan Seguro liquidará directamente al prestador del servicio los gastos realizados por el asegurado, como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la red médica, (hospital y médico de la red) o en su caso que el hospital esté en la red de Plan Seguro y que el médico acepte el tabulador de éste, que los servicios respectivos sean coordinados a través de Plan Seguro.

- **Pago mixto:**

Sistema de pago mediante el cual Plan Seguro, liquidará al asegurado los gastos erogados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la póliza mediante los sistemas de pago directo y reembolso.

- **Período al descubierto:**

Es el lapso en el cual la prima del seguro no está pagada, inicia a partir de la hora en que finaliza el período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

- **Período de espera:**

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura sin períodos al descubierto para cada asegurado mediante esta póliza, para que se puedan cubrir enfermedades establecidas con periodo de espera.

- **Período de gracia:**

Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir del inicio de vigencia del contrato o del recibo con que cuenta la Guardia Nacional para pagar la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato.

- **Póliza:**

Número con el que Plan Seguro identificará el tipo de asegurado.

- **Prima:**

Costo que establecerá Plan Seguro por cubrir el riesgo descrito en el contrato.

- **Red de prestadores de servicios, médicos auxiliares (prestadores de servicio):**

Es el conjunto de Prestadores complementarios a la atención médica (farmacias, laboratorios, ambulancias, estudios de gabinete, oxígeno, medicina física y rehabilitación, aparatos ortopédicos, entre otros) con los que deberá contar Plan Seguro.

- **Red de hospitales:**

La red de hospitales, clínicas médicas o sanatorios que en territorio nacional que tenga convenio con Plan Seguro que proporcionará el servicio, los cuales serán contratados directamente por Plan Seguro que ha asumido el riesgo y por ningún concepto bajo una figura de subcontratación o intermediación de un tercero.

- **Red de médicos:**

La red de médicos especializados que tenga convenio con Plan Seguro que ha asumido el riesgo para proporcionar el servicio en territorio nacional y por ningún concepto bajo una figura de subcontratación o intermediación de un tercero.

- **Red médica:**

Conjunto de médicos, hospitales, clínicas médicas o sanatorios en territorio nacional, que para la atención médica o quirúrgica de enfermos o accidentados en relación con siniestros amparados en contratos de seguros que son contratados directamente por Plan Seguro que ha asumido el riesgo y por ningún concepto bajo una figura de subcontratación o intermediación.

- **Reembolso:**

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la presente contratación, liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicio o con quien Plan Seguro, no tenga convenio de pago directo y que posteriormente éste reintegrará los que procedan en términos del contrato, al propio asegurado descontando en su caso, el deducible y coaseguro correspondiente, a excepción de accidentes, urgencias o emergencias médicas.

En este sistema se limitará únicamente a la compra de medicamentos, estudios, pago de consultas médicas post operatorias o de control hasta un monto máximo de \$25,000 (veinticinco mil pesos 00/M. N), en caso de que el monto de adquisición de medicamentos sea mayor al establecido, el asegurado deberá programar ante Plan Seguro la compra y entrega de los mismos a domicilio.

- **Suma Asegurada básica:**

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene Plan Seguro en virtud de la prestación otorgada por la Guardia Nacional por cada asegurado en activo a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto, cuya prima es cubierta por la misma.

Dicha cantidad se determinará multiplicando el número de Unidades indicado en la carátula o endoso de la presente póliza y el certificado individual por la Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM).

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados, por esa misma enfermedad o accidente no rebasarán la suma asegurada contratada.

- **Tabla de intervenciones quirúrgicas (Tabla de I.Q.).**

Relación de intervenciones quirúrgicas que indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado, para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas.

Deben existir dos tablas de intervenciones quirúrgicas, una para pago directo y otra para reembolso. Esta última tabla deberá ser más alta que la primera por al menos un 15% y será entregada a la Guardia Nacional como parte de la propuesta.

- **Tarjeta de identificación:**

Tarjeta de cada asegurado (titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos), expedida por Plan Seguro, en la fecha de alta al seguro, la cual deberá contener al menos los siguientes datos: nombre del asegurado, inicio de vigencia, fecha de antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro, número de póliza, número certificado y fecha de ingreso a la colectividad asegurada.

Al reverso de la tarjeta deberán incluir los teléfonos de atención del servicio.

- **UMAM:**

La Unidad de Medida y Actualización Mensual. (UMAM), es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

## **Cobertura básica**

Plan Seguro, protegerá a los integrantes de la Guardia Nacional y dependientes económicos cónyuge, concubina, concubinario, e hijos durante la vigencia del contrato y de acuerdo con las condiciones generales y suma asegurada que deberá ser estipulada en cada certificado individual, si a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto el asegurado operativo-administrativo incurriera en los gastos que se mencionan en las presentes condiciones.

1. La suma asegurada será de 750 UMAM y es la cantidad máxima de responsabilidad que tendrá Plan Seguro por cada asegurado, a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.
2. El monto se determinará multiplicando la suma asegurada por el valor de la UMAM, al momento en que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto.
3. Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada disminuirá en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad o accidente no deberán rebasar la suma asegurada contratada.

## **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS**

Son aquéllos en los que incurre el integrante dentro de la República Mexicana, y en su caso, en el extranjero los integrantes comisionados, y/o en curso de capacitación, derivado de emergencia médica por tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta, prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y necesarios para el diagnóstico definitivo y/o tratamiento acordes con el costo razonable, en el lugar donde se proporcionen y sujetos a lo establecido en el contrato y sus respectivos convenios modificatorios. Se consideran los gastos que se originen en el extranjero para integrantes que lo requieran ocasionados por eventos graves, como se menciona a continuación:

1. Gastos de hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar con alimentos para el asegurado.
2. Costo de una cama extra para un acompañante durante el tiempo que el asegurado se encuentre internado en el hospital (sin alimentos).
3. Medicamentos y/o material de curación adquiridos para el asegurado dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio, así como los que se adquieran fuera del hospital deberán de ser prescritos por los médicos tratantes respaldados por su respectiva receta y presentando la factura de la farmacia que cumpla con los requisitos fiscales a nombre del asegurado de la póliza, asimismo, deberán ser cubiertos los medicamentos prescritos por los médicos tratantes que a causa del padecimiento sean requeridos, como consecuencia o secundario al tratamiento recibido por el padecimiento cubierto. Se cubren los siguientes gastos originados durante la estancia hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, siempre y cuando estén directamente relacionados al padecimiento:
  - Medias Ted
  - Cold -Hot pad (cuando este indicado por el médico)

- Sabanas térmicas
- Protectores para yeso
- Gorro para el paciente
- Brazalete hospitalario
- Agua purificada (hasta litro y medio diario)
- Paquete de algodón
- Probeta, riñón, cómodo, orinal, lavamanos de plástico (hasta uno de cada uno)
- Toallas sanitarias (cuando se realice un procedimiento ginecológico)
- Termómetro oral o rectal (hasta uno por internamiento)
- Pañales de cama,
- Guantes
- Gasas
- Gel desinfectante
- Pañuelos desechables
- Pañales para adulto (dependiendo del padecimiento)
- Barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad del asegurado.
- Gastos por gestión administrativa que sean inherentes a la atención médica del asegurado.

Los gastos personales no considerados en

- Cremas, lociones o aceites corporales, cosméticos
  - Pantuflas
  - Cepillo y pasta dental
  - Shampoo y jabón de tocador
  - Caja fuerte
  - Control de TV
  - Llamadas telefónicas
  - Restaurante, cafetería, dulcería, estacionamiento, florista, servicio de librería, periódicos, renta de películas,
  - Renta o compra de videograbadoras
  - Diferencia de cuarto estándar
  - Gastos originados por acompañantes del paciente (excepto cama extra)
4. Honorarios médicos por intervención quirúrgica, quedarán sujetos a los porcentajes anotados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (Tabla de I.Q.). La base del catálogo de I.Q. es de 60 UMAM y se refiere a la relación de intervenciones quirúrgicas que indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado, para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas.
- a. Los honorarios por consultas o visitas médicas se cubrirán de acuerdo al gasto usual y acostumbrado, establecido en el tabulador de Plan Seguro tanto en pago directo como en reembolso, con máximo de una diaria por asegurado.

Las consultas médicas post-operatorias quedarán comprendidas en los honorarios médicos por intervención quirúrgica durante los 15 días posteriores al evento quirúrgico, de acuerdo al gasto usual y acostumbrado establecido en el tabulador de Plan Seguro tanto en pago directo como en reembolso.

Plan Seguro sólo pagará los honorarios de los médicos independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota médica y firma respectiva.

Plan Seguro deberá contemplar en sus procedimientos internos efectuar el pago directo de honorarios por consultas, rehabilitaciones, etc., previa solicitud de la Dirección General de Recursos Humanos, así como llevar el control de estos ante el hospital y con los médicos prestadores del servicio correspondiente.

Plan Seguro deberá contemplar el pago directo para los servicios extra hospitalarios como, programación de tratamientos que incluyan medicamentos especializados, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral, siempre y cuando el médico tratante en convenio prescriba los servicios solicitados y sean atendidos por los proveedores en convenio de Plan Seguro

- b. Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, pertenezcan o no a la red médica de Plan Seguro se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. Distribuidos de la siguiente manera: 20% primer ayudante, 10% segundo ayudante y 5% instrumentista.
  - c. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
  - d. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, durante la convalecencia domiciliaria cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante con un máximo de tres turnos de ocho horas por 30 días.
5. Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones.
  6. Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el anesthesiólogo o médico tratante
  7. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
  8. Gastos originados por la estancia del asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.
  9. Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que sean requeridos por el médico tratante, pudiendo ser preoperatorios.
  10. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.
  11. Gastos de transporte de ambulancias, terrestre o aérea, dentro y fuera de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al asegurado al centro hospitalario más cercano y/o solicitado, y en caso excepcional al domicilio particular del mismo.
  12. En el supuesto de que el traslado sea por indicación del médico tratante y realice en una ambulancia ajena a la red médica sólo aplicará el pago del Coaseguro del 10% cuando el mismo sea a través de Plan Seguro se elimina Coaseguro.
  13. El tipo de ambulancia que se cubrirá será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes:

El servicio de transportación en ambulancia aérea comprenderá el traslado de aeropuerto a aeropuerto o aeropuerto a hospital o de hospital a hospital, así como en aquellos casos en que sea necesario dicho servicio y cuando las circunstancias así lo permitan, y el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto.

Los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea se cubrirán por pago directo, sin que aplique deducible y coaseguro para el asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica que considere estrictamente necesario el mismo o que por la gravedad lo amerite la enfermedad o accidente, por no poder ser atendido en el lugar o por seguridad del asegurado, derivado de una emergencia médica o accidente cubierto por la presente póliza. Asimismo, la atención deberá ser inmediata por lo que se requiere el nombre y teléfono del contacto de Plan Seguro.

14. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten necesarios a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos.
16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente;
17. Tratamiento psiquiátrico.

La cobertura aplicará dentro del periodo de la vigencia de la póliza a consecuencia de los siguientes eventos:

- a. Haber sufrido un accidente cubierto por las condiciones de la póliza.
- b. Como consecuencia de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando exista una prescripción médica:
  - Cáncer
  - Accidente vascular cerebral
  - Infarto del miocardio
  - Insuficiencia Renal o
  - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias.
- c. Derivado de la comprobación de un evento causado bajo violencia, tales como:
  - Asalto
  - Secuestro,
  - Violación
  - Enfrentamiento: Es aquel acto, oposición, combate, lucha u otra circunstancia que se produce cuando se enfrentan dos a más personas y que de esto derive una lesión a los integrantes de la Guardia Nacional

Este último inciso procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el ministerio público o en su caso con documento por parte de la Guardia Nacional en donde conste que fueron lesiones en el ejercicio de sus funciones, o con el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos señalados en las primeras tres viñetas a través del reporte médico de ingreso. Las coberturas amparadas por esta serían:

- Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 14 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.25 UMAM máximo por consulta.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, este plazo se puede ampliar hasta 10 consultas adicionales cuando el evento sea a consecuencia de las funciones propias como Integrante de la Guardia Nacional.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

Los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

18. Los gastos en que incurra el asegurado únicamente dentro de la República Mexicana (a excepción de la cobertura de emergencia en el extranjero), a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo no limitativo:
19. Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yates, etc.), buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.
20. El uso de motocicletas y vehículos de motor similares también serán cubiertos siempre y cuando el asegurado lo utilice como medio de transporte o durante el desempeño de las funciones propias como Integrante activo.
21. Padecimientos Preexistentes según se definen en el Contrato, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:
  - a. Para efectos de la presente contratación, se deberán reconocer los padecimientos preexistentes, para el asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos dependientes económicos entendiéndose como “aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para cada asegurado”.
  - b. Para el Asegurado, cónyuge, concubina, concubinario, e hijo dependiente económico, se cubrirán siempre y cuando no haya estado bajo tratamiento, control o estudio médico en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada.
  - c. También se deberán considerar padecimientos preexistentes, aquellos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que éstos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación original del presente Anexo Técnico y/o certificado para cada asegurado o aquellos cuyos síntomas no pueden pasar desapercibidos, o son aparentes a la vista.
  - d. Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana (a excepción de la cobertura de emergencia en el extranjero).

- e. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes, toda vez que los mismos se cubrirán con lo indicado en la Cláusula Vigésima Quinta. Pago de Complementos.

#### **Procedimiento arbitral para resolver los casos preexistentes mediante arbitraje médico:**

Para resolver las controversias que se susciten por preexistencia el reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de Plan Seguro en acudir ante un arbitraje médico.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro (elegido por el asegurado de la lista que haya proporcionado Plan Seguro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición. En cada procedimiento arbitral se determinarán los plazos correspondientes, entre el Asegurado, Plan Seguro y el árbitro en el convenio correspondiente.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, el reclamante seleccionará al médico del listado que proporcionará Plan Seguro y las partes lo facultarán como árbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que se deberá sujetar el arbitraje.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Plan Seguro. El laudo que se emita será obligatorio para Plan Seguro, no para el integrante, reclamante.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

Plan Seguro deberá proporcionar una relación de médicos para fungir como árbitro, indicando la especialidad y la dirección correspondiente. Esta relación deberá tener al menos 2 médicos por cada una de las especialidades, los médicos no deberán tener relación laboral ni pertenecer a la Red Médica de Plan Seguro y serán médicos reconocidos en su especialidad.

Plan Seguro entregará a la Dirección General de Recursos Humanos de la Guardia Nacional la relación de médicos que fungirán como árbitros, incluyendo como mínimo la siguiente información: Nombre de la Especialidad y del médico, dirección completa, teléfono y móvil.

- 22. Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, de amígdalas, adenoides, hernias, de forma enunciativa mas no limitativa las siguientes: abdominales, discales, hiales, inguinales, crurales, umbilicales, tumoraciones mamarias, padecimientos ano rectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias, tratándose de enfermedad o accidente no aplicará ningún periodo de espera. Es importante señalar que no se cubren los gastos originados por tratamientos estéticos de nariz y senos paranasales.

Para la atención quirúrgica de nariz y senos paranasales hasta por un monto máximo de 100 UMAM únicamente a través de cirugía programada, en caso de lo contrario será a través de reembolso, la atención médica recibida será cubierta para el egreso hospitalario para su programación correspondiente. Por un accidente se cubrirán siempre y cuando se compruebe, a Plan Seguro que fueron derivados de un accidente, para este, Plan Seguro podrá solicitar toda clase de información sobre los hechos relacionados con dicho accidente, tales como: radiografías, historia clínica completa, fotografías y, en su caso, una segunda opinión de un médico en convenio quien de ninguna manera participará en la atención del evento.

- 23. Contando con cinco años de antigüedad con la protección de una póliza de gastos médicos mayores de forma individual o contratada a través de otra colectividad distinta, siempre y cuando haya tenido periodos continuos e ininterrumpidos de cobertura Plan Seguro cubrirá los gastos realizados por tratamientos

médicos y quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier padecimiento relacionado con él siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado antes o durante los 4 años anteriores. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

24. Miopía, Hipermetropía, Presbiopía, Astigmatismo, Cirugía correctiva de Cornea, Epiqueratofaquia, queratotomía radiada, Queratomileusis y Similares. Se considera, siempre y cuando sea por accidente o sea superior a las 5 dioptrías que ratificará la Asegurada mediante una segunda valoración de estudios presentados, en el entendido de que en el segundo supuesto exclusivamente se cubrirá por programación de cirugía, por padecimiento y por cada ojo, con un máximo de 8.5 UMAM por evento, sin aplicar deducible y coaseguro; en el entendido de que cada ojo es un evento.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.
26. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
27. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave, o vehículo automotor.
28. Lesiones que el asegurado sufra como tripulante y/o pasajero de planeadores.
29. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos, sin importar que se hayan tenido tratamientos anteriores a la presente vigencia, sin período de espera, los cuales se cubrirán con la suma básica asegurada establecida en este instrumento, excepto las consideradas colas de siniestros, los cuales se cubrirán con el remanente de la suma asegurada al momento en que inicio el siniestro.

## **Parto y Cesárea**

### **Cesárea**

Se cubren los gastos originados por la atención de una operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de los médicos, gastos de hospitalización, estudios de gabinete y laboratorio inherentes al evento, desde su inicio y para la atención del mismo, incluyendo los honorarios de un pediatra o neonatólogo para la atención del o los recién nacidos, así como lo establecido en el numeral 5.9.1.1 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, se cubrirán los gastos por el examen de tamiz neonatal para la determinación de tirotopina (TSH). (excepto gastos propios del recién nacido, como tratamientos pediátricos, circuncisión, perforación del lóbulo de la oreja, pañales desechables, gastos de registro y/o bautizo, servicio de fotografía), medicamentos adquiridos para la asegurada dentro o fuera del hospital. Los medicamentos que se adquieran afuera deberán de ser prescritos por los médicos tratantes respaldados por su respectiva receta y la factura de la farmacia que cumpla con los requisitos fiscales a nombre de la asegurada, los gastos quedaran cubiertos hasta por un monto máximo de 35.02 UMAM, con aplicación obligatoria del deducible independientemente del sistema de pago que se utilice y eliminación del coaseguro siempre y cuando que la asegurada utilice médico y hospital en convenio o que éstos se ajusten al tabulador de Plan Seguro.

En caso de que la asegurada no utilice hospital y/o médico de la red, el 10% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no está en la red de Plan Seguro o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de Plan Seguro (previo acuerdo).

Como operación cesárea, se considerará aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo.

Sólo se cubrirá a la Asegurada titular, cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del Asegurado o Asegurada titular.

No aplicará período de espera.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

### **Parto**

Se cubren los gastos originados por la atención de un parto normal, entendiéndose como tales los honorarios de los médicos, gastos de hospitalización, estudios de gabinete y laboratorio inherentes al evento, desde su inicio y para la atención del mismo, incluyendo los honorarios de un pediatra o neonatólogo para la atención del o los recién nacidos, así como lo establecido en el numeral 5.9.1.1 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-ssa2-1993, se cubrirán los gastos por el examen de tamiz neonatal para la determinación de tirotopina (TSH) (excepto gastos propios del recién nacido, como tratamientos pediátricos, circuncisión, perforación del lóbulo de la oreja, pañales desechables, gastos de registro y/o bautizo, servicio de fotografía).

Se cubrirán los gastos de medicamentos que se adquieran afuera del hospital, los cuales deberán de ser prescritos por los médicos tratantes respaldados por su respectiva receta y la factura de la farmacia que cumpla con los requisitos fiscales a nombre de la asegurada titular.

Los gastos señalados anteriormente quedaran cubiertos hasta por un monto máximo de 35.02 UMAM, con aplicación obligatoria del deducible independientemente del sistema de pago que utilice y eliminación del coaseguro siempre y cuando que la asegurada utilice médico y hospital en convenio o que éstos se ajusten al tabulador de Plan Seguro.

En caso de que la asegurada no utilice hospital y/o médico de la red, el 10% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no está en la red de Plan Seguro, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de Plan Seguro (previo acuerdo).

Sólo se cubrirá a la Asegurada titular, cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del Asegurado o Asegurada titular.

No aplicará período de espera.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

### **Aborto involuntario**

Se considera como aborto involuntario la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario o derivado de un accidente sufrido por la asegurada) y su realización se acredita, mediante los correspondientes estudios de laboratorio o gabinete.

Se cubren los gastos originados por la atención de un aborto involuntario, entendiéndose como tales los honorarios de los médicos, gastos de hospitalización, estudios de gabinete y laboratorio inherentes al evento, así como medicamentos adquiridos para la asegurada dentro o fuera del hospital. Los medicamentos que se adquieran afuera deberán de ser prescritos por los médicos tratantes respaldados por su respectiva receta y la factura de la farmacia que cumpla con los requisitos fiscales a nombre de la titular de la póliza, los gastos quedaran cubiertos hasta por un monto máximo de 35.02 UMAM, con aplicación obligatoria del deducible independientemente del sistema de pago que utilice (excepto en aquellos casos que sea a consecuencia de un enfrentamiento) y eliminación del coaseguro siempre y cuando que la asegurada utilice médico y hospital en convenio o que éstos se ajusten al tabulador de Plan Seguro.

En caso de que el aborto involuntario no se concrete y/o se considere como una amenaza de aborto dictaminado por el médico legalmente autorizado con los estudios correspondientes, también se cubrirán los gastos generados por la atención médica, en términos del párrafo anterior.

En caso de que la asegurada no utilice hospital y/o médico de la red, el 10% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no está en la red de Plan Seguro o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de Plan Seguro (previo acuerdo).

Sólo se cubrirá a la Asegurada titular, cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del Asegurado o Asegurada titular.

No aplicará período de espera

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

### **Complicaciones del embarazo**

Se cubren los tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio, anotándose las siguientes con carácter enunciativo más no limitativo:

- Embarazo extrauterino
- Toxicosis gravídica, preeclampsia y eclampsia
- Mola hidatiforme (embarazo molar)

- Sepsis puerperal (Fiebre puerperal) Óbito
- La que provenga de un accidente.
- Enfermedades hipertensivas
- Placenta accreta
- Placenta previa
- Diabetes gestacional
- Huevo muerto retenido
- Cerclaje
- embarazo anembrionario

Se cubren los gastos originados por las complicaciones del embarazo, entendiéndose como tales, honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 100 UMAM. Esta suma asegurada es independiente a la cobertura de parto o cesárea.

Se cubrirán los gastos de medicamentos adquiridos para la asegurada dentro o fuera del hospital, los medicamentos que se adquieran afuera deberán de ser prescritos por los médicos tratantes respaldados por su respectiva receta y la factura de la farmacia que cumpla con los requisitos fiscales a nombre de la asegurada de la póliza, así mismo los estudios de gabinete inherentes al evento, desde su inicio y para la atención del mismo.

Sólo se cubrirá a la Asegurada titular, cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del Asegurado o Asegurada titular.

No aplicará período de espera.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

## **Beneficios adicionales**

Se reconoce la antigüedad de cada asegurado, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura, a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada conforme a los siguientes términos:

- a) El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el período de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento; será reducción o eliminación de acuerdo al período que se haya tenido cubierto en otra aseguradora.
- b) Si la documentación con la cual se respalda el período cubierto en otra aseguradora, no se presenta, durante los primeros 30 días naturales, al ingresar a la colectividad asegurada por el contrato, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de Plan Seguro.
- c) El reconocimiento de antigüedad surtirá efectos y operará siempre y cuando no existan más de 30 días naturales al descubierto entre el término de la póliza anterior y el inicio de la nueva vigencia.
- d) Las malformaciones o padecimientos congénitos deberán estar cubiertos en la póliza anterior para su reconocimiento de antigüedad en la presente propuesta.
- e) Se deberá de reconocer la antigüedad del Integrante que por un mandato judicial, administrativo y/o autoridad competente de esta Corporación, ordene la restitución de sus prestaciones ordinarias y extraordinarias a que tiene derecho como elemento de la Guardia nacional considerando la prima del contrato vigente a la fecha de reingreso, para estos efectos la Dirección General de Recursos Humanos proporcionará a Plan Seguro copia de la resolución mediante la cual se ordene la restitución de prestaciones del servidor público.

El reconocimiento de antigüedad de los asegurados dependerá de la resolución que emita la autoridad competente.

- f) Plan Seguro deberá reconocer la antigüedad de aquellos asegurados que sean rehabilitados o reactivados en sus prestaciones debido a que justificaron sus incidencias después de haber causada baja de la colectividad por abandono de empleo y de los cuales se tenga registro en las pólizas de gastos médicos mayores administradas por la Guardia Nacional, sin hacer exigible documentación alguna para la comprobación de la fecha requerida.

## **Cobertura de emergencia en el Extranjero**

- g) Los gastos médicos erogados por los asegurados fuera de la República Mexicana quedarán cubiertos de acuerdo a la suma asegurada de la cobertura nacional, deducible y coaseguro pactados en el contrato.
- h) Se protegerá a toda la colectividad asegurada de la Guardia Nacional, con una cobertura nacional del riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente que pueda ser considerado como emergencia médica fuera del territorio nacional, cuando se trate del titular y se encuentre realizando un viaje por comisión y/o curso de capacitación, por un periodo no mayor a noventa días. Considerándose como urgencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la emergencia médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio.

- i) Plan Seguro pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana estipulado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente en la fecha de erogación de los mismos.

Los gastos cubiertos para cobertura de Emergencia en el Extranjero

- Cuarto semiprivado y alimentos del paciente.
- Médicos y/o cirujanos: honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Anestésista: honorarios profesionales.
- Suministro en el hospital: medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- Servicio de diagnóstico.
- Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.
- Servicio de ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el hospital, siempre y cuando médicamente sea necesario.
- Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico.
- Terapias de rehabilitación durante el tiempo que se encuentre comisionado o en curso de capacitación.

La cobertura de Emergencia Médica en el Extranjero no ampara lo siguiente:

- Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en los gastos no cubiertos de estas condiciones generales.
- Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el médico tratante y Plan Seguro
- No quedarán cubiertos los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o el viaje.
- No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.

En caso de requerir atención médica y/o rehabilitación a consecuencia del siniestro ocurrido en el Extranjero, se podrá continuar con el tratamiento en la República Mexicana.

## **Exclusiones**

El contrato derivado del presente procedimiento no deberá cubrir los conceptos que a continuación se enumeran:

1. Servicio de acompañantes en el traslado del asegurado en calidad de paciente.
2. Tratamientos estéticos, de calvicie ni cirugía para cambio de sexo.
3. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
4. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud o check-up.
5. Anteojos, lentes de contacto, aparatos cocleares, aparatos auditivos e implantes (Excepto cuando se derive de un accidente en servicio).
6. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos, si no han sido prescritos por el médico. (Excepto cuando se derive de un accidente cubierto o enfermedad cubierta).
7. Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables, a consecuencia de un accidente cubierto o un padecimiento invasivo o secundario a una enfermedad generalizada cubierta.
8. Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la asegurada directamente.
9. Gastos de los estudios y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de fertilidad, esterilidad, infertilidad, impotencia, control de natalidad y sus complicaciones.
10. Tratamientos para corregir hallux valgus.
11. Gastos derivados de los estudios que requieren los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos. (Excepto cuando sea prescrito por el médico y sea parte del tratamiento del asegurado).
12. Control, vigilancia y atención prenatal, salvo que ponga en riesgo la salud de la madre asegurada.
13. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.
14. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como enajenación mental, estado de ansiedad y/o depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias. Excepto los que se deriven de lo señalado en la Cláusula Sexta. **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.**

15. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza, experimental o de investigación.
17. Enfermedades o accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, siempre y cuando se realice la determinación del grado de etilismo por autoridad competente en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.
18. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
19. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el asegurado, (No aplica en el desempeño de las funciones que le confiera el Reglamento de **“LA GUARDIA NACIONAL”** al asegurado o en la ejecución de instrucciones para la atención de operativos).
20. Práctica profesional de cualquier deporte.
21. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencia, entrenamientos, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad, (No aplica en el desempeño de las funciones que se le confieren al asegurado para la atención de operativos o en la ejecución de instrucciones y adiestramiento o cuando sea el medio de transporte del lugar de residencia al centro de trabajo o viceversa).
22. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.
23. Lentes intraoculares (Excepto cuando sea prescrito por el médico y sea a consecuencia del desempeño de sus funciones o por una enfermedad y accidente cubierto).
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, si no han sido prescritos por el médico. A excepción de aquellos que se deriven de algún accidente en el desempeño de sus funciones, o enfermedad cubierta en términos de la póliza.
25. Los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos dietéticos y de obesidad, así como cualquiera de sus complicaciones.
26. Vacunas y/o medicamentos de prevención de la salud, sin embargo, cuando sean prescritas como parte de un tratamiento por algún padecimiento cubierto por el contrato no serán consideradas como preventivas y en consecuencia no estarán excluidas.

## RESIDENCIA

Para efecto de la presente contratación, sólo podrán quedar protegidos por este seguro los servidores públicos y sus dependientes económicos (cónyuge, concubina, concubinario, e hijos) que radiquen permanentemente en la República Mexicana o que acrediten su legítima estancia en el país. Así como los que salgan del país derivado de una comisión y/o curso de capacitación por un periodo no mayor a ciento ochenta días.

La Dirección General de Recursos Humanos no incorporará en la colectividad asegurada a los servidores públicos y sus dependientes económicos (cónyuge, concubina, concubinario, e hijos), que residan en el extranjero, en virtud de que el contrato no tiene cobertura en el extranjero por residencia sino por emergencia médica, siempre y cuando las Unidades Administrativas de la Guardia Nacional notifiquen por escrito los datos del asegurado que se encuentre en este supuesto a la misma.

Los integrantes de la que salgan de comisión oficial o curso de capacitación (se consideran los que determine la Guardia Nacional), fuera del país por periodos entre 1 y 6 meses, que requieran la atención médica en el extranjero por accidente y/o enfermedad, contarán con cobertura de emergencia en el extranjero.

Para los efectos de los párrafos anteriores, se entiende por residencia lo establecido en el artículo 29, último párrafo, del Código Civil Federal, que a la letra se transcribe:

“Artículo 29.- El domicilio de las personas físicas es el lugar donde residen habitualmente, y a falta de éste, el lugar del centro principal de sus negocios; en ausencia de éstos, el lugar donde simplemente residan y, en su defecto, el lugar donde se encontraren. Se presume que una persona reside habitualmente en un lugar, cuando permanezca en él por más de seis meses.”

## Gastos a cargo del asegurado

### Deducible y Coaseguro:

|   |   | En la República Mexicana   |   | En el extranjero por emergencia médica |           |   |
|---|---|--|---|--|-----------|---|
|   |   | Deducible  | Coaseguro   | Deducible                              | Coaseguro |   |
| <b>Accidente</b>  |   | <b>Indistinto</b>  |   | 0                                      | 0         |   |
| <b>Emergencia o Urgencia</b>                                      |   | <b>Indistinto</b>  |   | 0                                      | 0         |   |
| Enfermedad  | Pago Directo                                | Médico de la red   | 0   | 0                                      | NO APLICA |   |
|   |   | Hospital de la red   |   |  |           |   |
|   |   | Médico se ajusta a tabulador   |   |  |           |   |
|   | Reembolso                                   | Médico y/o Hospital no de la red y no se ajustan a tabulador   | No se paga en forma directa, se convierte en reembolso. Aplica deducible y coaseguro contratado |  |           |   |
|   |   | Médico y/o Hospital de Red (En caso de que no requiera hospitalización, pero se utiliza médico de red) | 0   | 0                                      | 0         | 0 |
|   | Fuera de la red y no se ajustan a tabulador | 2 UMAM*  | 10%   | NO APLICA                              |           |   |
| Parto, Aborto involuntario, complicaciones del embarazo y cesárea | Pago directo                                | Médico de la red   | 2 UMAM*   | 0                                      | NO APLICA |   |
|   |   | Hospital de la red   |   |  |           |   |
|   |   | Médico se ajusta a tabulador   |   |  |           |   |
|   | Reembolso                                   | Médico y/o Hospital no de la red y no se ajustan a tabulador   | No se paga en forma directa, se convierte en reembolso Aplica deducible y coaseguro contratado  |  |           |   |
|   |   | Médico y Hospital de Red   | 2 UMAM*   | 0                                      | NO APLICA |   |
|   | Fuera de la red y no se ajustan a tabulador | 2 UMAM*  | 10%   | NO APLICA                              |           |   |

### Aplicación de Deducible y Coaseguro:

#### Pago Directo

El pago por atención médica hospitalaria será únicamente mediante el sistema de pago directo por lo que los asegurados deberán acudir a Hospitales y Médicos de la Red Médica. En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad, con hospitales y médicos de la Red Médica, el asegurado, no tendrá que pagar el deducible a excepción de lo establecido en el cuadro anterior. El asegurado tendrá que pagar los gastos no cubiertos los cuales serán emitidos al mismo tiempo en que se libere el pago directo, con el propósito que el asegurado tenga conocimiento y no genere más atraso para su egreso hospitalario, conforme a las condiciones de la presente contratación y los gastos efectuados en exceso de las limitaciones del contrato. Estos montos serán liquidados por el asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

Al existir un accidente o padecimiento cubierto, si se generan gastos no procedentes relacionados con medicamentos o equipo médico prescrito por el médico tratante, Plan Seguro se obliga a cubrir hasta por un monto de hasta 4 UMAM, por los gastos no procedentes.

En caso de que por omisión Plan Seguro no cubra las 4 UMAM, el asegurado lo podrá solicitar a través de reembolso.

Cuando el médico tratante (en caso de no haberse ajustado al tabulador de Plan Seguro y no forme parte de la Red Médica, y Plan Seguro previamente hubiere autorizado el Pago Directo a un prestador de servicio, el asegurado tendrá obligación del pago de deducible y coaseguro sobre los honorarios médicos de acuerdo al cuadro anterior, así como de los gastos no cubiertos los cuales serán emitidos al mismo tiempo en que se libere el pago directo, con el propósito que el asegurado tenga conocimiento y no genere más atraso para su egreso hospitalario, esto, conforme a las condiciones de este seguro. El pago de la indemnización de los honorarios médicos se realizará a través del sistema de reembolso.

En caso de que el médico no adscrito a la Red Médica manifieste su interés de aceptar el tabulador de pago directo que utiliza Plan Seguro con la consigna de que éste no pagará complementos de honorarios médicos por ninguna otra vía, dicha manifestación se establecerá en el informe médico o en receta médica. Para los casos en los que el médico de confianza acepte el tabulador, y que acepten el tabulador de Plan Seguro se considerarán como médicos de red, es decir, para estos casos se deberán eliminar deducible y el coaseguro sobre los honorarios del médico, como se establece en la Cláusula Vigésima Sexta. Deducible y Coaseguro aplicables al contrato en los términos señalados en las presentes condiciones generales

Si el tiempo durante el que estuvo internado el asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza Plan Seguro éste deberá de realizar el reembolso de los gastos efectuados por el asegurado, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ).

## **Reembolso**

En el sistema de pago mediante reembolso, se limitará únicamente a la compra de medicamentos, estudios y pago de consultas médicas post operatorias o de control hasta un monto máximo de \$25,000 (veinticinco mil pesos 00/100 M.N.), en caso de que el monto de adquisición de medicamentos sea mayor al establecido, el asegurado deberá programar ante Plan Seguro la compra y entrega a domicilio, la cual no será mayor a las 24 horas posteriores a la solicitud realizada a Plan Seguro.

En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema de Reembolso, considerando que el hospital y/o médico no son de la Red de Plan Seguro y el médico no se ajustó al tabulador de éste, de todos o de una parte de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratado, que se especifican en el certificado individual. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y con el coaseguro correspondiente.

Tratándose del reembolso de gastos efectuados por el asegurado por un accidente, siempre y cuando estos gastos rebasen el deducible establecido en el contrato, se eliminará el deducible y el coaseguro (no importará si el médico y/o hospital están o no en la red de Plan Seguro, siempre y cuando la reclamación sea la inicial. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y sin coaseguro.

En el supuesto de que el asegurado solicite el reembolso de los gastos efectuados por una enfermedad y se haya atendido en hospital y con médico de la red, o bien, el médico se haya ajustado al tabulador de pago directo, se eliminará el deducible y el coaseguro correspondiente. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y sin coaseguro.

## **Pago Directo en el Extranjero derivado de emergencia o urgencia médica**

### PROCEDIMIENTO PAGO DIRECTO NO PROGRAMADO EN EL EXTRANJERO:

Red Internacional (Plan Seguro)

Teléfono desde cualquier parte del mundo  
Desde E. U. A. y Canadá  
Página de Internet

**(01 52) 55 9595 0000**  
**1 (52) 55 9595 0000**  
[www. planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

En caso de requerir atención en E.U.A. mayor a 48 horas (proporcionar todos los datos)



Favor de comunicarse a los siguientes números ya que la atención dependerá del país donde usted se encuentre.

**01 (52) 55 9595 0000**

**01 (52) 55 9595 0000**

#### SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA, SIN COSTO.

Describir el procedimiento para solicitar la segunda opinión médica.

El asegurado, no deberá hacer ningún desembolso al especialista, ya que Plan Seguro se hará cargo del pago de la consulta.

#### TERCERA OPINIÓN MÉDICA, SIN COSTO.

En caso de controversia y si el asegurado, así lo requiere Plan Seguro, someterá el caso a una Tercera Opinión Médica.

Describir el procedimiento para la Tercera Opinión Médica.

Si los resultados de la Segunda y Tercera Opinión Médica muestran que no es necesaria la operación y no obstante el asegurado, decide operarse y el siniestro procede, Plan Seguro cubrirá la misma con la responsabilidad por parte del asegurado.

El Médico que realiza la Segunda Opinión Médica nunca podrá realizar la operación propuesta, ya que esto es sólo como trámite para justificar la cirugía.

Es indispensable garantizar todos los servicios mencionados e incluirlos en la guía de reclamaciones tal y como se están solicitando en este Anexo Técnico.

## Cláusulas generales

### **Altas de asegurados**

Causaran alta en la presente contratación:

1. Los servidores públicos cónyuge, concubina, concubinario, e hijos de la colectividad que entregará la Dirección general de recursos humanos a plan seguro al inicio de la vigencia del contrato.
2. En este periodo, el servidor público que desee incrementar o disminuir su suma asegurada potenciada, incluir o excluir a sus dependientes, deberá comunicarlo por escrito al área de Recursos Humanos o al área encargada correspondiente, si en dicho lapso no se recibe comunicado alguno por parte del servidor público, se entenderá que no desea hacer ninguna modificación a su seguro y continuará con las mismas condiciones de aseguramiento (Asegurados y suma asegurada con la que contaba en vigencia anterior).
3. Al inicio de la vigencia se mantendrá el nivel de suma asegurada que actualmente tienen todos los Asegurados de este Contrato, "LA GUARDIA NACIONAL" descontará las primas correspondientes de acuerdo con las tarifas del Contrato vigente. Una vez regularizadas las primas de inclusión y potenciación, "LA GUARDIA NACIONAL" hará los ajustes correspondientes, de acuerdo con las tarifas del nuevo Contrato.
4. Cuando algún servidor público titular, vaya a ingresar a nuevos Asegurados (cónyuge, concubina o concubinario e hijos) únicamente deben de hacerlo mediante un escrito, no es necesario llenar de nueva cuenta el consentimiento.
5. El Asegurado titular al contraer matrimonio podrá asegurar al cónyuge desde la fecha en que se firmó el acta de matrimonio expedida por el Registro Civil, la cual no será mayor a los 30 días naturales posteriores a dicho evento.
6. El Asegurado titular podrá asegurar a sus hijos nacidos dentro de la vigencia del Contrato, dentro de los 30 días naturales posteriores al alumbramiento.
7. Los integrantes que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, la Dirección general de recursos humanos remitirá el reporte mediante correo electrónico ante Plan Seguro reconocerá y aceptará sin requisito adicional alguno, la fecha de alta de los asegurados solicitados por "LA GUARDIA NACIONAL", se solicitará en caso de ser necesario certificado individual y/o caratula para reconocimiento de antigüedad.

Los movimientos de altas (nuevos ingresos) que no se notifiquen dentro del período antes mencionado por causa administrativa o por no contar el nombramiento o autorización retroactivas de plazas, adelanto en los calendarios de nómina, etcétera se deberán registrar en la colectividad asegurada con la fecha de ingreso del integrante en la Guardia Nacional y ajustará el importe de la prima correspondiente, excepto en aquellos casos en que sea necesario que la Guardia Nacional justifique por escrito la causa administrativa que impidió operar el alta del Asegurado titular, cónyuge, o concubina o concubinario e hijos en el lapso establecido (autorizaciones retroactivas de movimientos de personal, adelanto en los calendarios de elaboración de nóminas, etcétera). En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia

de este Contrato, Plan Seguro cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso y hasta el vencimiento del Contrato.

#### **Bajas de asegurados**

1. Causarán baja de la colectividad asegurada, aquellos asegurados que hayan dejado de pertenecer a la Guardia Nacional, para lo cual, ésta se obliga a comunicarlo mediante correo electrónico ante Plan Seguro a la fecha en que tuvo conocimiento la Dirección general de recursos humanos entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, la cual se le hará saber a plan seguro
2. Las bajas que no se informen dentro del período establecido por omisiones administrativas de la Dirección general de recursos humanos o en virtud de la constante movilidad de los integrantes de las Unidades Administrativas de la Guardia Nacional, se deberán registrar en la colectividad asegurada de manera retroactiva con la fecha de baja del integrante para lo cual Plan Seguro” ajustará el importe pagado por la prima correspondiente.
3. Cuando un integrante haya causado baja por cualquier causa y tenga conocimiento de este hecho y haga uso de los beneficios del seguro en fecha posterior a la baja y como consecuencia Plan Seguro pague algún siniestro y la Guardia Nacional haya reportado el movimiento de baja del integrante a Plan Seguro éste podrá interponer las acciones que en derecho procedan en contra del asegurado que indebidamente haya utilizado el seguro para recuperar el monto erogado.

#### **Edad**

1. Para efectos de la presente contratación no se considera edad límite para titulares y dependientes (Cónyuges e hijos).
2. Se precisa que para efectos del cálculo de la edad la fecha que se tomará en cuenta será a partir del inicio de vigencia.
3. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de los integrantes, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, Plan seguro estará obligado a rembolsar la diferencia entre la reserva existente respecto a las primas de dicho asegurado y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato, en caso que se detectará que se hubiese pagado una prima inferior a la que correspondía a la edad alcanzada de algún asegurado, la Guardia Nacional deberá cubrir la diferencia, es decir en caso precedente se tienen que realizar ajustes.
4. Para comprobar la edad del asegurado, en caso de incongruencia en la información proporcionada, Plan Seguro podrá solicitar a la Guardia Nacional en cualquier momento las pruebas respectivas. Una vez que Plan Seguro tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

#### **PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN**

1. Cualquier asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos que haya sido excluido o dado de baja de la póliza del seguro, de acuerdo a lo establecido “Baja de asegurados”, tendrá derecho a solicitar a Plan Seguro por escrito, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fuese dado de baja, sin requerirse para ello requisitos de aseguramiento, en caso de que el asegurado modifique alguna de las

coberturas (al inicio de la contratación o en la renovación de la póliza individual, estas podrán ser de acuerdo a los planes que tenga Plan Seguro tendrá del día 31 al 60 posterior a la baja, para efectuarlo siempre y cuando cumplan con las disposiciones requeridas por Plan Seguro para que le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores, quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente.

Plan Seguro una vez que cuenta con la documentación necesaria estará obligado a ofrecer al asegurado, que deje de pertenecer a la colectividad asegurada de la presente contratación, la opción de contratar un seguro individual bajo las mismas condiciones o que más se asemejen a los planes individuales de Plan Seguro y nivel de hospitales establecidos en la presente contratación, con opción de poder modificar algunas coberturas a solicitud del asegurado en un plazo de 15 días naturales para emitir la póliza correspondiente.

2. En caso de contratación de una póliza para ex servidores con Plan Seguro y los asegurados ya contarán con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con lo siguiente:

Si el asegurado ya tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con Plan Seguro a la fecha de alta a la presente contratación o, realizara un cambio de plan a un seguro individual o colectivo o de grupo, de gastos médicos mayores, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 40 días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

- a) En el primer supuesto, los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se dio de alta en el contrato, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella.
  - b) En el segundo supuesto, o sea, cuando se cambie a un seguro individual o colectivo o de grupo, de gastos médicos mayores, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones estipulados en la nueva póliza.
3. Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de la presente contratación, se aplicarán los límites, deducible y coaseguro especificado en las Condiciones Generales y endosos del contrato, en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inicio el siniestro.
  4. El inicio de la vigencia de la póliza individual será a partir de la fecha de baja de la colectividad asegurada. Lo anterior, es con la finalidad de evitar periodos al descubierto para el asegurado.
  5. Los documentos que deberán proporcionar los asegurados para la emisión de la póliza individual son:
    - Escrito del asegurado dirigido a Plan Seguro señalando la forma de pago elegido y su RFC con homo clave. Deberá anexar copia de la cotización elegida previamente otorgada por Plan Seguro.
    - Identificación oficial vigente (IFE o INE)
    - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono o luz o predial)
    - Aviso de baja u oficio emitido por la Dirección General de Recursos Humanos en el que se indique el periodo laborado en la Guardia Nacional, características del oficio: papel membretado, incluir nombre, cargo y firma de la persona que lo expida y el sello de la Guardia Nacional.
  6. Con el objeto de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual Plan Seguro deberá de enviar un correo con los datos mencionados en el punto anterior al correo [atencióngn@planseguro.com.mx](mailto:atencióngn@planseguro.com.mx) y confirmar al numero 5551473100 Ext. 9119 y 9296
  7. En caso de que un asegurado sea separado de la colectividad asegurada y no desee contratar una póliza individual, se aplicará "Periodo de beneficio".

8. El asegurado podrá solicitar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianza la revisión de la prima de la póliza individual que Plan Seguro le notifique.

La siniestralidad de las pólizas individuales no comparte siniestralidad con la generada en la presente contratación.

Plan Seguro deberá devolver al asegurado el importe que corresponda de las primas no devengadas en el caso de que se incorpore de nueva cuenta en la Guardia Nacional siempre y cuando sea solicitada por escrito por el asegurado, tomando ésta como fecha de recepción por Plan Seguro.

### **Pago de Reclamaciones**

Plan Seguro sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del asegurado, así como los gastos de internación efectuados en hospitales debidamente autorizados.

No se hará por parte de Plan Seguro pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en la Ciudad de México y su área Metropolitana serán liquidadas en el curso de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que "Plan Seguro reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realicen en el Interior de la República, el plazo máximo no excederá de 7 días hábiles.

En toda reclamación, el asegurado deberá comprobar a Plan Seguro" la ocurrencia del siniestro, presentando a éste los formatos correspondientes, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, como facturas y/o recibos, copia de las recetas y de los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado, comprobante de domicilio y estado de cuenta no mayor a 3 meses. En caso de no cumplirse estos requisitos, Plan Seguro quedará liberado de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

### **Accidentes y emergencias o urgencias médicas**

Cuando el asegurado haya erogado gastos por una emergencia o urgencia médica cubiertas por las condiciones del contrato y éstos se hubieren efectuado durante el período de estancia en el hospital, derivado de ésta, se deberá eliminar el pago del Deducible y del Coaseguro de los gastos ocasionados, independientemente del sistema de pago.

En caso de que el internamiento fuera menor o mayor a veinticuatro horas, y la emergencia o urgencia médica esté cubierta por las condiciones de la presente contratación, operara el tabulador de pago directo para el hospital y médicos de la red médica. Si el médico no es de la red médica y la emergencia o urgencia médica es procedente, se cubrirá el pago correspondiente a la situación de la emergencia o urgencia médica, siempre y cuando éste acepte el tabulador de Plan Seguro debiéndose eliminar el pago del Deducible y del Coaseguro.

El médico deberá aceptar las condiciones de pago de Plan Seguro para que el asegurado reciba los beneficios de pago directo el cual deberá manifestarse en una carta firmada por el médico y hacerla llegar a través del asegurado o su representante a Plan Seguro, cuando el padecimiento esté cubierto en el presente Anexo Técnico, aunque la estancia hospitalaria sea menor a 24 horas.

En caso de ingreso al hospital de los integrantes, protegidos en la presente póliza a consecuencia de accidentes y emergencias o urgencias médicas Plan Seguro deberá brindar el pago directo, aunque la estancia en el hospital sea menor a 24 horas previa solicitud de la Guardia Nacional, una vez rebasado el deducible contratado, a través de correo electrónico.

### **Cuantía de Reembolso**

Es la cantidad que Plan Seguro pagará al asegurado por reembolso, en los casos en que el hospital y médico no formen parte de la RED, el deducible y coaseguro se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el contrato.
2. A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible y a la diferencia se le aplicará el porcentaje del coaseguro pactado en el contrato.
3. Por cada evento cubierto, el deducible se aplicará una sola vez y el coaseguro se aplicará por reclamación, en el entendido que un siniestro puede tener varias reclamaciones, siempre y cuando el médico y/o el hospital no sean de la red y no se ajusten al tabulador de Plan seguro.
4. En caso de fallecimiento del asegurado, Plan Seguro pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.

### **Restitución automática de Suma Asegurada**

En caso de que algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, esta se deberá restituir hasta por un tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

### **Otros seguros**

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en la presente contratación estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros con Plan Seguro u otras aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos.

Asimismo, los servicios amparados por esta póliza no estarán condicionados al proporcionado por otros esquemas de aseguramiento.

### **Pago de complementos**

Plan Seguro deberá dar continuidad pagando los gastos por alguna enfermedad y/o accidente cubierto en las vigencias anteriores al servicio que se licita hasta el agotamiento de suma asegurada vigente al inicio del padecimiento.

Los complementos deberán ser pagados de acuerdo a las condiciones vigentes al momento de iniciar el siniestro, y a la información de siniestralidad proporcionada por la Guardia Nacional a Plan Seguro.

Plan Seguro continuará pagando los gastos por cada enfermedad y/o accidente cubierto cuya reclamación se encuentre en la información señalada en el párrafo anterior, hasta el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de haberse iniciado la enfermedad y/o accidente respectivo, sin que aplique un período máximo de cobertura para estos pagos.

El pago de complementos se encuentra sujeto al remanente de suma asegurada, aun cuando se haya amparado en otras compañías de seguros, siempre y cuando demuestre con carta de suma remanente su padecimiento. Plan Seguro no estará obligado a cubrir el pago de complementos.

El pago de complementos o colas de siniestro son independientes a la prescripción.

Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

Las colas quedan a cargo de la nueva empresa de seguros proveedora, y no a cargo del proveedor donde se inició el procedimiento.

Plan Seguro sólo cubrirá complemento de entrada y no de salida.

### **Reconocimiento de Antigüedad**

Plan Seguro reconocerá la antigüedad para todos los asegurados a partir de la fecha que se indica en cada caso en la base de datos que al inicio de vigencia le proporcione la Guardia Nacional. Así como, las fechas de los de nuevos registros de alta a la colectividad que sean enviados a Plan Seguro a través de Remesas de Alta,

Dicho reconocimiento de antigüedad se entenderá para eliminar periodos de espera para los padecimientos que se presenten posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la presente contratación de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales en el apartado de Gastos Médicos Cubiertos en periodo de espera.

### **Prescripción**

1. Todas las acciones que se deriven del servicio del presente Anexo Técnico prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.
2. El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que Plan Seguro haya tenido conocimiento del mismo, 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.
3. En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención y Consultas y Reclamaciones de la Comisión, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
4. La prescripción también se interrumpe por los supuestos establecidos en el artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, no se acepta el artículo 1041 del Código de Comercio.

## ¿Qué hacer en caso de reclamación?

- Comuníquese a los siguientes teléfonos de atención donde se le proporcionará toda la información que usted requiera los 365 días del año, las 24 horas.

**55 9595 0000** Territorio Nacional opción 2 y 1

**(01) 52 55 9595 0000** Territorio Extranjero

Al elegir libremente el hospital y médico(s) que le atiendan, usted establece una relación contractual con ellos. El hospital y el(los) médico(s) serán los únicos responsables ante usted por la atención médica que le proporcionen. Plan Seguro no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de esta relación.

### **Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos**

Si usted y su médico programan una Cirugía o Tratamiento (incluyendo Cirugías Ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital), obtiene grandes beneficios como:

- Conocer con anticipación si su tratamiento está o no cubierto.
- No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes, ya que su seguro paga directamente al hospital en convenio y a los especialistas en convenio. En caso de que su médico no pertenezca a la red, se autorizará el tabulador contratado.

Solamente quedarán a su cargo el deducible y coaseguro de acuerdo a las políticas de aplicación de los mismos, así como gastos personales.

Llame a Call Center o a los ejecutivos exclusivos de la Guardia Nacional, donde le informarán sobre especialistas de la red y de los hospitales en convenio que usted eligió o consúltelos en Internet en **[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)**.

#### 1. Requisitos para Programar su Cirugía y/o Tratamiento médico.

- El médico que le atienda deberá llenar el Informe Médico en el formato que se anexa al final. En caso de que en la cirugía intervengan dos o más médicos, deberá entregar un Informe Médico por cada uno de ellos.
- Usted deberá llenar el Aviso de Accidente o Enfermedad de Programación de Cirugía en el formato que se anexa al final.
- Presentar estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete y su interpretación.
- Proporcionar nombres de los integrantes del equipo médico o quirúrgico, el Registro Federal de Contribuyentes de cada uno de ellos y los teléfonos, radio o teléfono celular donde puedan ser localizados.
- Presentar presupuesto desglosado por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.
- Indicar claramente el número de sesiones de que consta el tratamiento médico o quirúrgico.
- Recuerde que la programación procede únicamente si el monto total del tratamiento o cirugía es mayor al deducible de su póliza.

2. La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con 5 días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que Plan Seguro, deberá valorar la intervención y/o el tratamiento y otorgará por escrito al asegurado la autorización correspondiente que debe entregar en el área de admisión del hospital y al médico tratante.
3. Al recibir su documentación le entregarán un número de folio y un comprobante donde se le informa cuándo le entregarán la respuesta a su solicitud.
4. Si su solicitud es aprobada, le entregaremos su Carta Pase CINCO DÍAS HÁBILES después de haber recibido su documentación. Esta Carta Pase asegura exclusivamente el pago de los servicios solicitados. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la no procedencia.
5. Entregue la Carta Pase en el hospital el día que ingrese y siga este procedimiento:
  - Original para el Departamento de Admisión
  - Una copia para su médico o Caja de Médicos
  - Conserve una copia para usted

Si la cirugía no requiere hospitalización, entregue el original al médico tratante.

De esta manera, nosotros cubrimos los gastos por usted.

6. Le recomendamos programar su cirugía o tratamiento médico con anticipación, ya que en ocasiones los hospitales se saturan y no hay disponibilidad de cuartos. Usted o su médico pueden hacer la reservación oportunamente en el hospital.
7. Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía o tratamiento, consulte la Sección de Reembolso.

En los casos de urgencia o emergencia médica, previamente justificada, que se presenten durante la vigencia del contrato, el asegurado podrá solicitar la programación de la intervención quirúrgica o tratamiento con 2 días de anticipación siempre y cuando proporcione a Plan Seguro los documentos correspondientes completos.

## **Reporte en el hospital**

Trámite. - El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el aspirante al momento de ingresar al hospital de la Red Médica a consecuencia de accidentes y emergencias o urgencias médicas presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación y/o identificación oficial (INE) o institucional Plan seguro” deberá realizar el pago directo de los gastos erogados por concepto de hospitalización, aunque la estancia sea menor a 24 horas, conforme a las condiciones estipuladas en este contrato.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica, o bien, que el médico de confianza se ajuste al tabulador de Plan Seguro.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o Médico Tratante, Plan seguro por conducto de un médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte del aspirante y si el médico tratante forma parte de la Red Médica.

Plan Seguro podrá nombrar un médico para verificar en el hospital en el que se encuentre internado el aspirante, la enfermedad o accidente.

Si durante el tiempo en que estuvo internado el asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza Plan Seguro éste deberá realizar el reembolso de los gastos efectuados por el asegurado, incluyendo en su caso la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ).

### **Reembolso**

Si no se llegarán a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos de la red médica, en los casos considerados como no graves, los gastos efectuados por el asegurado se cubrirán mediante reembolso dentro de los términos y condiciones de la presente Póliza, bajo los procedimientos previamente validados por Plan seguro y la Guardia Nacional pagando el Deducible y Coaseguro correspondiente.

Trámite. - En caso de que la reclamación procediera a través del sistema de reembolso, el asegurado deberá comprobar a Plan seguro” la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enlistan y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

- a) Formato de declaración del reclamante (aviso de accidente o enfermedad) debidamente requisitado y firmado.
- b) Formato de declaración del médico tratante (Informe Médico) debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
- c) Facturas originales, que satisfagan los requisitos fiscales por cada uno de los gastos que se hayan realizado.
- d) Las facturas de farmacia deberán cumplir con los requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados a nombre del titular de la póliza.
- e) Los recibos originales de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberá cumplir con los requisitos fiscales además de especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que se presente por primera vez algún recibo expedido por un médico que con anterioridad no hubiera participado en la atención o tratamiento del asegurado o éste no aparezca mencionado en el formato de declaración del médico tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

- f) Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación. Los estudios anteriormente mencionados deberán ser devueltos al asegurado.
- g) En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatológica. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al asegurado.

- h) Copia de identificación oficial vigente del asegurado, cuando la reclamación se hace por primera vez (Credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar nacional, cédula profesional, licencia de manejo con antigüedad mínima de 6 meses, formato FM2 u FM3, credencial de inmigración, certificado de matrícula consular y tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores).

NOTA: A falta de alguno de los documentos ya mencionados no se podrá avanzar en el trámite.

**Recuerde que en caso de urgencia en medida de lo posible deberá comunicarse a los números:**

**55 9595 0000** Territorio Nacional opción 2 y 1

**(01) 52 55 9595 0000** Territorio Extranjero

## **SISTEMAS DE PAGO PREVISTOS EN EL SEGURO.**

### 1) Pago Directo

El pago por atención médica hospitalaria será únicamente mediante el sistema de pago directo por lo que los asegurados deberán acudir a Hospitales y Médicos de la Red Médica.

El sistema de pago directo considerado en el presente Anexo Técnico deberá operar siempre que el asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos, requieran atención médica por una emergencia o urgencia médica, o ingrese a un hospital de la red médica, en los casos que se indican a continuación:

Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos.

Trámite. - La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con 5 días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que Plan Seguro, deberá valorar conforme a lo solicitado presente Anexo Técnico de la Guardia Nacional la intervención y/o el tratamiento y otorgará por escrito al asegurado la autorización correspondiente que debe entregar en el área de admisión del hospital y al médico tratante.

Cualquier padecimiento derivado de cirugía de columna, rodilla y hombro, se deberá de realizar a través de programación, de lo contrario será través del sistema de reembolso y en caso de ser necesario habrá la opción de llevar a cabo una segunda valoración del padecimiento, sin costo para el asegurado, siempre y cuando no sea derivado de un accidente, urgencia o emergencia médica, dicho accidente tendrá que ser al momento del ingreso o dentro de las 24hrs. posteriores a dicho evento, la atención médica recibida será cubierta para el egreso hospitalario para su programación correspondiente.

### **Reporte en el hospital**

Trámite.- El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos al momento de ingresar al hospital de la Red Médica a consecuencia de accidentes y emergencias o urgencias médicas, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación y/o identificación oficial vigente (IFE o INE) o institucional Plan Seguro deberá realizar el pago directo de los gastos erogados por concepto de hospitalización aunque la estancia sea menor a 24 horas, conforme a las condiciones estipuladas en la presente contratación, para lo cual Plan Seguro utilizará los medios estipulados en el presente Anexo Técnico, con el propósito de agilizar el pago correspondiente por la atención médica, es decir, (coordinar y recabar con personal del hospital la información correspondiente para realizar el pago directo), a fin de no generar gastos económicos al asegurado.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica, o bien, que el médico de confianza se ajuste al tabulador de Plan Seguro.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o Médico Tratante, Plan Seguro, por conducto del coordinador médico y/o área médica responsable, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte del asegurado y si el médico tratante forma parte de la Red Médica.

Plan Seguro, podrá nombrar un médico para verificar en el hospital en el que se encuentre internado el asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos, la enfermedad o accidente.

Si durante el tiempo en que estuvo internado el asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario, e hijos afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza Plan Seguro, éste deberá realizar el reembolso de los gastos efectuados por el asegurado,

incluyendo en su caso la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ).

## 2) Reembolso

Si no se llegarán a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos de la red médica, en los casos considerados como no graves, los gastos efectuados por el asegurado se cubrirán mediante reembolso dentro de los términos y condiciones del presente Anexo Técnico, bajo los procedimientos previamente validados por Plan Seguro y la Dirección General de Recursos Humanos pagando el Deducible y Coaseguro correspondiente conforme a lo indicado en la tabla que se encuentra en Costos a Cargo del Asegurado

En el sistema de pago mediante reembolso, se limitará únicamente a la compra de medicamentos, estudios y pago de consultas médicas post operatorias o de control hasta un monto máximo de \$25,000 (veinticinco mil pesos 00/100 M.N.), en caso de que el monto de adquisición de medicamentos sea mayor al establecido, el asegurado deberá programar ante Plan Seguro la compra y entrega a domicilio, la cual no será mayor a las 24 horas posteriores a la solicitud realizada al Plan Seguro,

Trámite. - En caso de que la reclamación procediera a través del sistema de reembolso, el asegurado deberá comprobar a Plan Seguro, la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enlistan y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

- a. Formato de declaración del reclamante (aviso de accidente o enfermedad) debidamente requisitado y firmado.
- b. Formato de declaración del médico tratante (Informe Médico o nota médica) debidamente requisitado y firmado, este cuando sea mayor a seis meses al inicio de su siniestro.
- c. Facturas originales a nombre del asegurado afectado, que satisfagan los requisitos fiscales por cada uno de los gastos que se hayan realizado.
- d. Las facturas de farmacia deberán cumplir con los requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados a nombre del titular de la póliza.
- e. Los recibos originales de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberá cumplir con los requisitos fiscales además de especificar claramente el concepto que se está cobrando. En caso de que se presente por primera vez algún recibo expedido por un médico que con anterioridad no hubiera participado en la atención o tratamiento del asegurado o éste no aparezca mencionado en el formato de declaración del médico tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
- f. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación de cada uno de ellos. Los estudios anteriormente mencionados deberán ser devueltos al asegurado.

- g. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatológica. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al asegurado.
  
- h. Copia de identificación oficial vigente del asegurado, cuando la reclamación se hace por primera vez (Credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar nacional, cédula profesional, licencia de manejo con antigüedad mínima de 6 meses, formato FM2 u FM3, credencial de inmigración, certificado de matrícula consular y tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), y estado de cuenta no mayor a 3 meses.

En caso de que Plan Seguro, por error haya extraviado el estudio proporcionado en los incisos f y g, y dicho estudio sea indispensable para la atención de la enfermedad o accidente, Plan Seguro, deberá facilitar al asegurado la reposición del estudio, sin costo alguno.

### 3) Pago mixto

Es aquél en el que una parte de los gastos generados por los asegurados, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, son liquidados directamente al hospital o médico tratante por Plan Seguro, de conformidad con el punto anterior. La otra parte es cubierta por el propio asegurado, la cual será liquidada por Plan Seguro, mediante el sistema de reembolso, con la sujeción a los términos estipulados en el contrato.

# Informe Médico

## INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y con firma autógrafa tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
4. La información plasmada en este informe médico, no será susceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

### Ficha de Identificación

|                                    |   |  |   |
|------------------------------------|---|--|---|
| Nombre:                            | NOMBRE(S)   | APELLIDO PATERNO   | APELLIDO MATERNO  |
| Edad:                              |   | Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino |   |
| Causa de Atención:                 | <input type="radio"/> Enfermedad                  | <input type="radio"/> Accidente                                      | <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Prevención |
| Referido por otro Médico o Unidad: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | ¿Cuál?   |   |

### Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)

#### Antecedentes Personales Patológicos (incluir fechas)

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos. Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

|                          |                             |  |
|--------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Cardíacos                   |  |
| <input type="checkbox"/> | Hipertensivos               |  |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes Mellitus           |  |
| <input type="checkbox"/> | VIH / SIDA                  |  |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer                      |  |
| <input type="checkbox"/> | Hepáticos                   |  |
| <input type="checkbox"/> | Convulsivos                 |  |
| <input type="checkbox"/> | Cirugías                    |  |
| <input type="checkbox"/> | Otros:                      |  |
| <input type="checkbox"/> | Paciente niega antecedentes |  |

#### Antecedentes Personales No Patológicos

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | ¿Fumas? -especificar la cantidad-   |  |
| <input type="checkbox"/> | ¿Consume bebidas alcoholicas? -especificar la cantidad-                       |  |
| <input type="checkbox"/> | ¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y la cantidad- |  |
| <input type="checkbox"/> | ¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? - describir                          |  |
| <input type="checkbox"/> | Otros:  |  |
| <input type="checkbox"/> | Paciente nienga antecedentes  |  |

### Antecedentes Ginecoostétricos

- Menarca \_\_\_\_\_
- Gestas \_\_\_\_\_
- Partos \_\_\_\_\_
- Cesárea \_\_\_\_\_
- Abortos \_\_\_\_\_
- DOC -fecha- \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_
- Paciente niega antecedentes \_\_\_\_\_

### Antecedentes Perinatales

### Padecimiento actual

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas

DD/MM/AAAA

### Descripción del diagnóstico definitivo y etiológico

\_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico

DD/MM/AAAA

Código CIE-10

Tipo de Padecimiento:  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que firmen el diagnóstico.

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento

DD/MM/AAAA

### Requerimientos específicos

Enfermera:  Sí  No      Oxígeno:  Sí  No      Terapia física:  Sí  No  
Ambulancia:  Sí  No      Material ortopédico:  Sí  No

¿Hubo Complicaciones?  Sí  No  
Descripción de las Complicaciones

Hospital:  Ciudad:

Tipo de estancia:  Corta estancia/ Ambulatoria  Hospital  Urgencias

Fecha de ingreso:  DD/MM/AAAA Fecha de egreso:  DD/MM/AAAA

Nombre:  NOMBRE(S)  APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO

Especialidad:  RFC:  Teléfonos:

Cédula Profesional:  Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor:  Correo electrónico:

### Presupuesto

| Nombre del Cirujano: | Monto                | Nombre del Ayudante: | Monto                |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Nombre del Anestesiólogo: | Monto                | Médicos Interconsultantes: | Monto                |
|---------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |

Detallar Interconsultas:

**Nota:**

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrece; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación; cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicio; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y revocación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información; así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y el financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

---

Lugar y fecha

---

Nombre y firma autógrafa del Médico Tratante

---

Nombre y firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

## Aviso de Accidente o Enfermedad

**INSTRUCCIONES:**

1. Este formulario deberá ser requisitado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar este formulario en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.
4. Este formulario no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.

Póliza:

Fecha:

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Tipo de reclamación<br><input type="radio"/> Pago Directo <input type="radio"/> Programación de Cirugía <input type="radio"/> Reembolso |  |  | Motivo de reclamación<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Embarazo |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

**Datos del Contratante o Razón Social**

Nombre:

**Datos del Titular de la Póliza**

Nombre:

**Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)**

Nombre:

Fecha de nacimiento:  Sexo:  Masculino    Femenino   Nacionalidad:

País de nacimiento:  Parentesco con el Titular:

Correo electrónico:  Teléfono particular:

Teléfono de oficina:  Extensión:  Teléfono celular:

Calle:  No. Exterior:  No. Interior:  Colonia:

C.P.:  Delegación o Municipio:  Ciudad o Población:

Ocupación:  Nombre de la empresa donde trabaja:

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía?  Sí    No   ¿Con qué compañía?

¿Actualmente tiene otro seguro?  Sí    No   ¿De qué tipo?

¿Con qué compañía?

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad:

Fecha en que visitó por primera vez al Médico por esta enfermedad:

Indique el diagnóstico o motivo de su reclamación:

**En este espacio indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó enfatizando ¿dónde, cómo y cuándo ocurrió?**

En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de auto?

Sí    No   Número de Póliza:

Nombre de la Compañía Aseguradora:

¿Estuvo hospitalizado?  Sí    No   Días de estancia:

Hospital en el que fue atendido:

**Datos del Médico Tratante**

|                   |           |                       |                  |
|-------------------|-----------|-----------------------|------------------|
| Nombre:           | NOMBRE(S) | APELLIDO PATERNO      | APELLIDO MATERNO |
| Especialidad:     |           | Teléfono Consultorio: | Extensión:       |
| Teléfono Celular: |           |                       |                  |

**Nota: Este formato debe ir acompañado siempre de la siguiente documentación.**

1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución jurídica (en caso de accidente de auto, asalto, agresión o riña, así como en los casos que de acuerdo a las lesiones y/o padecimiento Plan Seguro considere necesario).
2. Copia de la interpretación de estudios de imagen, laboratorio o estudios hispatológicos que le fueron practicados.
3. Copia de la identificación oficial del Asegurado afectado (INE, pasaporte, cartilla de servicio militar, acta de nacimiento para menores de 5 años).
4. Los recibos originales de gastos deben cumplir los requisitos fiscales vigentes (no tienen validez copias, recibos, cuentas parciales, carta factura, etc.).
5. Cada Médico tratante deberá llenar adecuadamente el Informe Médico correspondiente, así como detallar su participación en la atención que le proporcionó.

**Importante:**

Se les informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente formato, releva de toda responsabilidad a Plan Seguro, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier padecimiento o lesión para que proporcionen toda la información que se requieran tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación. Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx) y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

---

Nombre y firma del Titular y/o Padre o Tutor

---

Nombre y firma de Asegurado afectado

## Cuestionario para determinar causa del accidente

### INSTRUCCIONES:

En caso de ser Accidente, debe llenar el siguiente cuestionario:

Póliza:  Fecha del accidente  DD/MM/AAAA

#### Datos del Contratante

Razón Social/Nombre:  NOMBRE(S)  APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO

#### Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)

Nombre:  NOMBRE(S)  APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO

#### Dianóstico

#### ¿Dónde ocurrió el accidente? (Nombre del lugar y/o establecimiento)

#### ¿Qué causó el accidente?

#### ¿Cómo ocurrió el accidente?

¿Usted considera que existe algún tercer responsable del accidente?  Sí  No ¿Quién?

¿Sabe si el tercer responsable cuenta con póliza de seguro?  Sí  No ¿Con qué compañía?

¿Alguna autoridad o persona del establecimiento tuvo conocimiento del accidente?

Sí  No ¿Quién?

¿Cuenta con el número de acta, denuncia o reporte del accidente?

Sí  No ¿Cuál?

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

---

Nombre y firma del Titular y/o Padre o Tutor

# Aceptación de Tabulador de Honorarios

Fecha:   Folio Pago Directo: 

Llenar por el Médico Tratante

Hospital: 

## Datos del paciente Todos los datos son obligatorios

Nombre Completo :   

## Diagnóstico (s)

## Procedimiento (s) realizados (s)

## Datos del Médico Tratante

Nombre:   

## Especialidad y cédula

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

A través del presente formato hago constar que me ajusto al Tabulador de Pago Directo indicado por Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros para los procedimientos descritos en este y en la Carta Autorización de Pago Directo.

---

Nombre y firma del Médico Tratante

# Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria (Reembolsos)

## INSTRUCCIONES:

1. Todos los espacios son obligatorios
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la transferencia o depósito, del pago de los gastos procedentes asociados a la cobertura de la Póliza contratada con dicha Compañía de Seguros, a la siguiente cuenta bancaria.

Cuenta CLABE (18 dígitos)

Banco:

La cuenta CLABE consta de 18 dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarla en su banco.

Transferencia a nombre de:

Asegurado afectado:

Titular:

Contratante:

En caso de requerir que la transferencia se realice a una persona distinta a las indicadas arriba, especificar lo siguiente:

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Email:

Relación con el Asegurado afectado:

Motivo por el que requiere el pago:

En este caso, se deberá anexar la documentación que acredite su relación con el Asegurado afectado y/o su derecho a solicitar el pago. Plan Seguro analizará su procedencia y podrá solicitar mayor información en caso de ser necesario.

Reconozco como comprobante de transferencia exitosa (digital o física) a la cuenta CLABE antes mencionada, el que Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros me envíe al correo electrónico que señalo: \_\_\_\_\_ Y con ello le otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda por este(os) reclamo(s) por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercer en su contra

Para este trámite de Reembolso y los subsecuentes asociados a este mismo padecimiento.

1. Libero a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el Siniestro indemnizado.
2. El Suscrito no se reserva derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
3. Me subrogo a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que ésta, si así lo desea, ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro y me obligo a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.
4. Acepto y reconozco que con el/los pagos en la cuenta CLABE interbancaria señalada en el párrafo de la parte superior otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora. En caso de que manifieste que no recibí el pago respectivo, Plan Seguro deberá comprobar el cumplimiento mediante la constancia de transferencia interbancaria que corresponde, de lo contrario, éste y los puntos anteriores no surtirán efectos legales.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE TODA INFORMACIÓN AQUÍ VERTIDA CORRESPONDE A LA REALIDAD HACIÉNDOME RESPONSABLE DE LA MISMA Y AUTORIZANDO A PLAN SEGURO, S.A. DE C.V. COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA SU USO EN TODO LO RELACIONADO, CON LOS FINES DE ESTE FINIQUITO

Nombre y firma del Asegurado afectado

(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria

Importante:

Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcionar un solo número de cuenta CLABE esto con el propósito de atender puntualmente su solicitud. Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria. Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Lugar:

Fecha:

DÍA

MES

AÑO

# Solicitud de Reembolso

## INSTRUCCIONES:

1. Favor de contestar todos y cada uno de los espacios requeridos.
2. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.

## Datos del Asegurado afectado

Nombre:

Contratante:

No. póliza actual:  No. póliza anterior:

Si en tu última renovación el número de póliza ha cambiado, por favor requisita los espacios correspondientes.

Por este medio solicito el Reembolso de los gastos efectuados por atención médica de:

¿Has presentado reclamaciones anteriores por este padecimiento?  Sí  No No. de siniestro (obligatorio):

Si la respuesta es afirmativa, es necesario que ingreses Informe Médico para esta reclamación en los siguientes casos:

- Si presentas recibos de honorarios de un médico distinto a tu médico tratante.
- Si se trata de un padecimiento de larga evolución\* y han transcurrido más de 3 meses desde la reclamación anterior.
- En caso de haber sido solicitado por **Plan Seguro** en tu último finiquito.

\*Se define como padecimiento de larga evolución a aquellos con duración mayor a seis meses.

Indica los documentos que estás ingresando para el trámite de tu Reembolso:

1. Aviso de Accidente y/o Enfermedad
2. Informe Médico de los doctores

Dr. (a):  Especialidad:

Dr. (a):  Especialidad:

3. Indica los estudios de laboratorio o gabinete de los que ingresas interpretación:

4. Indica la moneda de los comprobantes ingresados:

Moneda Nacional:  Moneda Extranjera:  Otra:

Si presentas comprobantes en distintas monedas los debes ingresar en trámites por separado.



# Solicitud de Medicamentos y Equipo Especial por Pago Directo

## Requisitos para la solicitud de medicamento vía Pago Directo:

1. Deberá contar con Siniestro aperturado por el mismo diagnóstico por el que realiza esta solicitud.
2. Copia de Finiquito anterior o Carta de Cobertura vía Pago Directo.
3. Copia de Informe Médico no mayor a tres meses de haberse expedido.
4. Receta Médica original o copia, no mayor a cuatro meses de haberse expedido, debe contener el nombre del medicamento, presentación y gramaje.
5. Identificación oficial vigente (INE, pasaporte).

 Fecha:   

## Datos del Asegurado afectado. Todos los datos son obligatorios

Nombre:     
 Póliza:  Número de Siniestro:  Correo electrónico:   
 Teléfono particular:  Teléfono de oficina:  Ext.  Teléfono celular:   
 Identificación oficial  Sí  No Informe Médico  Sí  No Receta Médica  Sí  No

| Nombre del medicamento              | Presentación y gramaje | Presentación a surtir<br>caja/frasco | Dosis en la que se debe de administrar<br>el medicamento |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|--|
|                                     |                        |                                      |  |
|                                     |                        |                                      |  |
|                                     |                        |                                      |  |
| Características del equipo especial |                        |                                      | Temporalidad   |
|                                     |                        |                                      |  |
|                                     |                        |                                      |  |

## El medicamento y/o equipo especial deberá entregarse en:

Calle:  No. Exterior  No. Interior  Colonia:  C.P.   
 Delegación o Municipio:  Ciudad o Población:   
 Teléfono particular:  Teléfono de oficina:  Ext.  Teléfono celular:   
 Referencias particulares del domicilio:  Horario de entrega:

El Contratante y/o Asegurado se compromete a cubrir el Coaseguro correspondiente para la solicitud del medicamento autorizado y/o equipo especial, siendo de su consentimiento que no podrá existir cancelación, cambio o devolución de los medicamentos solicitados.  
 El tiempo de respuesta es de 5 días hábiles, por lo que deberá considerarlo para esta solicitud.  
 El tiempo de entrega depende de la disponibilidad del medicamento y/o equipo especial.  
 Aplican restricciones.

Observaciones:

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

Nombre y firma del Titular y/o Asegurado afectado

Nombre y firma del Solicitante y/o Asegurado afectado