

CONDICIONES GENERALES

PLAN VISIÓN SALUD COLECTIVO

CONTENIDO

CAPÍTULO I. DEFINICIONES.....	3
CAPÍTULO II. COBERTURA.....	6
CLÁUSULA PRIMERA.-	Objeto
CLÁUSULA SEGUNDA.-	Tratamientos Cubiertos
CLÁUSULA TERCERA.-	Exclusiones
CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES.....	7
CLÁUSULA PRIMERA.-	Participación del Asegurado en una Reclamación
CLÁUSULA SEGUNDA.-	Sistemas de Pago de Reclamaciones
CLÁUSULA TERCERA.-	Cuantía de la Indemnización
CLÁUSULA CUARTA.-	Período de Beneficio
CLÁUSULA QUINTA.-	Otros Seguros
CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES.....	10
PRIMERA.-	Contrato
SEGUNDA.-	Omisiones o Inexactas Declaraciones
TERCERA.-	Rectificación de la Póliza
CUARTA.-	Modificaciones al Contrato
QUINTA.-	Edad
SEXTA.-	Residencia
SÉPTIMA.-	Moneda
OCTAVA.-	Primas
NOVENA.-	Período de Gracia
DÉCIMA.-	Rehabilitación
DÉCIMA PRIMERA.-	Altas de Asegurados
DÉCIMA SEGUNDA.-	Bajas de Asegurados
DÉCIMA TERCERA.-	Registro de Asegurados
DÉCIMA CUARTA.-	Renovación Vitalicia
DÉCIMA QUINTA.-	Cambio de Contratante
DÉCIMA SEXTA.-	Responsabilidad de la Institución
DÉCIMA SÉPTIMA	Interés Moratorio
DÉCIMA OCTAVA.-	Prescripción
DÉCIMA NOVENA.-	Competencia
VIGÉSIMA.-	Comisiones a Intermediarios
VIGÉSIMA PRIMERA.-	Notificaciones
VIGÉSIMA SEGUNDA.-	Vigencia
VIGÉSIMA TERCERA.-	Terminación del Contrato

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

1.- Accidente:

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado y que requiere atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen.

2.- Asegurado:

Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza, designándose indistintamente bajo este término tanto al Asegurado Titular como a los Dependientes Económicos que cumplan con la definición contenida en el presente capítulo.

3.- Asegurado Titular:

Persona física integrante de la Colectividad Asegurada, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes Económicos y de su propia persona.

4.- Carátula de la Póliza:

Documento que contiene la información sobre los términos bajo los cuales debe operar este contrato, en donde se estipulan los datos del Contratante, de la Colectividad Asegurada y los correspondientes a las coberturas contratadas y a la vigencia del seguro.

5.- Certificado Individual:

Documento que expide La Institución y entrega por conducto del Contratante a cada Asegurado integrante de la Colectividad Asegurada en el que aparecen además de los datos relativos al Asegurado, el número de póliza y certificado y la vigencia de ambos, la suma asegurada o regla para determinarla, el nombre de los beneficiarios, entre otros.

6.- Colectividad Asegurable:

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro debiendo participar un mínimo de 10 integrantes como asegurados titulares, los cuales representen al menos el 75% de la Colectividad.

7.- Colectividad Asegurada:

Es el conjunto de personas que perteneciendo a la Colectividad Asegurable hayan otorgado su consentimiento para ser asegurados y aparezcan en el registro de asegurados.

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO****8.- Contratante:**

Es la persona física o moral representante de los Asegurados para efectos de la presente póliza y endosos y el responsable ante “**LA INSTITUCIÓN**” del pago de las primas del seguro.

9.- Deducible:

Cantidad a cargo del Asegurado especificada en la carátula, certificado individual y/o endosos de esta póliza, que se debe pagar una sola vez por periodo de vigencia de la póliza y se aplica en la primera reclamación.

10.- Dependientes económicos:

Siempre que hayan sido aceptados por “**LA INSTITUCIÓN**”, haciéndolo constar por escrito en el certificado individual, serán considerados Dependientes del Asegurado:

- a) El Cónyuge, que para efectos de esta póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado principal hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- b) Los hijos del Asegurado principal que dependan económicamente del mismo.
- c) Los padres del Asegurado principal, siempre y cuando dependan económicamente del mismo.

11.- Endoso:

Documento que modifica las Condiciones Generales de la presente póliza y forma parte de ésta.

12.- Enfermedad:

Toda alteración en la salud del asegurado, debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

13.- Evento:

Cada uno de los tratamientos por accidente o enfermedad, amparados por esta póliza.

14.- Gasto Usual y Acostumbrado (GUA):

Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios de la Red y “**LA INSTITUCIÓN**”.

15.- “LA INSTITUCIÓN”:

Seguros Centauro, Salud especializada, S.A. de C.V., quien es responsable del otorgamiento de la cobertura del seguro.

16.- Padecimiento:

Daño producido por un accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado.

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO****17.- Padecimientos Preexistentes:**

Lesión o enfermedad cuyo inicio tuvo lugar en fecha anterior al inicio del conjunto de vigencias sucesivamente interrumpidas de la cobertura para cada Asegurado, y de las anteriores de las que constituya renovación, que haya sido diagnosticada por un médico, haya provocado un gasto, y que hayan sido conocidas y no declaradas por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8º de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

18.- Pago Directo:

Sistema de pago mediante el cual “**LA INSTITUCIÓN**” liquida directamente al prestador de servicios los gastos generados por el Asegurado, como consecuencia de un evento.

19.- Red de Ópticas o Red

Se integra por las ópticas que prestan servicios bajo convenio con “**LA INSTITUCIÓN**” y coordinados por ella.

20.- Reembolso:

Sistema de pago de gastos, erogados previamente por el Asegurado, a consecuencia de un evento.

21.- Suma Asegurada:

Cantidad máxima de responsabilidad de “**LA INSTITUCIÓN**”, por Asegurado a consecuencia de cada evento.

22.- Tarjeta:

Identificación de cada Asegurado, expedida por “**LA INSTITUCIÓN**” en la fecha de alta al seguro, que permite solicitar los servicios de la Red de Ópticas en los términos y condiciones previstos en esta póliza.

23.- Tratamiento:

Conjunto de medios físicos, químicos, biológicos y/o quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades o las lesiones ocasionadas por un accidente o enfermedad.

24.- Tratamiento de Emergencia:

Atención médica proporcionada por la aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de signos y/o síntomas agudos, que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos de éste, requiriendo ser atendido de manera inmediata e ingresado por el área de urgencias de un hospital, dentro de las 24 horas de ocurrido el evento.

CAPÍTULO II. COBERTURA

PRIMERA.- OBJETO.

Si a consecuencia directa de recibir los tratamientos cubiertos que a continuación se mencionan, el Asegurado incurre en gastos, **“LA INSTITUCIÓN”** cubrirá el costo de los mismos de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en esta póliza, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la República Mexicana y la póliza se encuentre vigente al iniciar el tratamiento.

SEGUNDA.- TRATAMIENTOS CUBIERTOS.

Estarán cubiertos la consulta, prescripción y dotación de anteojos o lentes de contacto que se describen el ANEXO I del presente contrato, de acuerdo al plan contratado que se especifica en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Quedan cubiertos asimismo los padecimientos preexistentes según se describen estos en el Capítulo I del presente contrato.

TERCERA.- EXCLUSIONES.

La presente póliza en ningún caso cubre los gastos que se originen por:

- 1. Atención fuera de la República Mexicana.**
- 2. Cualquier tratamiento que no esté especificado en la cobertura del plan contratado que aparece en la carátula de la póliza y en el certificado individual.**
- 3. Todos los gastos realizados por el Asegurado por cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.**
- 4. Cualquier plástico diferente al CR-39 mono focal o Bifocal Flat Top L-28**

Limitaciones del Plan.

Dotación de lentes de contacto o de anteojos una vez por persona y por año póliza, además no podrá ser acumulable.

CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES

”**LA INSTITUCIÓN**” solo pagará los tratamientos especificados en la cobertura derivados del evento, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

Las reclamaciones que resulten conforme a la presente póliza, serán liquidadas dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que “**LA INSTITUCIÓN**” reciba todos los documentos, datos e informes, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

PRIMERA.- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de un evento, el Asegurado cubrirá el deducible contratado, el cual se especifica en la carátula y certificado individual, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

SEGUNDA.- SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES.

Los Sistemas de Pago de Reclamaciones previstos para la presente póliza son:

1. Pago Directo:

Procede siempre que el Asegurado que requiera atención en las Ópticas de la Red, las cuales presentarán directamente a La Institución las facturas correspondientes, por lo que el Asegurado liquidará únicamente los gastos no cubiertos por la póliza, así como el deducible correspondiente, mismo que deberá pagar al momento de su consulta y se identifique con su tarjeta para obtener los servicios de la Red de Ópticas.

La prestación de los servicios cubiertos por este plan de seguros, se llevará a cabo mediante las ópticas contratadas por “**LA INSTITUCIÓN**”.

Para ello, “**LA INSTITUCIÓN**” tiene celebrados convenios de prestación de servicios con las **OPTICAS** que integran la Red en las principales ciudades del país.

Al momento de emitir la póliza de seguro, la Compañía proporcionará a cada uno de los asegurados principales el **DIRECTORIO DE OPTICAS** en convenio con “**LA INSTITUCIÓN**”.

Dicho **DIRECTORIO DE OPTICAS** contiene los nombres, direcciones y teléfonos de cada una de ellas, obligándose “**LA INSTITUCIÓN**” a proporcionar la información actualizada del mismo, a través del mecanismo establecido en el propio Directorio.

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

Para tener acceso a los servicios cubiertos por este seguro, el Asegurado deberá acudir a la **ÓPTICA** de la Red que haya elegido presentando su credencial de asegurado autorizada por **“LA INSTITUCIÓN”**, y otra identificación con fotografía.

2. Reembolso:

Si no se llegara a utilizar el Sistema de Pago Directo, por no contar con los Servicios de la Red, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán, en su caso, mediante reembolso, previa autorización por parte de **“LA INSTITUCIÓN”**.

El beneficiario puede elegir ópticas distintas a las de la Red de **“LA INSTITUCIÓN”**, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de **“LA INSTITUCIÓN”** y el costo del servicio que le preste la Óptica fuera de Red.

En caso de que la reclamación proceda a través del Sistema de Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a **“LA INSTITUCIÓN”** la realización del evento, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentos que a continuación se enumeran, en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en los mismos se indican:

- 2.1. Formato de Declaración del Reclamante, que proporcione **“LA INSTITUCIÓN”**, debidamente llenado y firmado.
- 2.2. Formato de Declaración de la Óptica, que proporcione **“LA INSTITUCIÓN”**, debidamente llenado y firmado.
- 2.3. Facturas originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales.
- 2.4. Las facturas deberán estar expedidas a nombre de Seguros Centauro, Salud Especializada, S.A. de C.V.: El Impuesto al Valor agregado (IVA) deberá estar desglosado, de no ser así, no será reembolsado el importe correspondiente a dicho impuesto.

Asimismo, el Asegurado o sus Dependientes podrán solicitar el servicio de reembolso a la Aseguradora, en los casos de urgencia médica en que las Ópticas de la Red no le haya brindado el servicio previsto en el contrato, por a) saturación; b) falta de disponibilidad en el servicio; o c) error de diagnóstico.

Para los efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico, el caso en que el Asegurado haya asistido previamente a la propia Red de Ópticas y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido por la misma urgencia, utilizar los servicios en una Institución fuera de la Red.

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO****3. Pago Mixto:**

Comprende todos aquellos casos en que una parte de los gastos son liquidados por **“LA INSTITUCIÓN”** al prestador del servicio y la otra parte mediante el Sistema de Reembolso, al propio Asegurado.

TERCERA.-CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN

La cantidad que **“LA INSTITUCIÓN”** pagará, se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos de los conceptos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza, certificado individual y/o endosos de la misma.
2. A la cantidad resultante se le descontará el deducible de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de esta póliza y certificado individual. En consecuencia **“LA INSTITUCIÓN”** cubrirá la diferencia.
3. El pago que **“LA INSTITUCIÓN”** realice al Asegurado, por haberse atendido con ópticas con los que no se tenga convenio de pago directo, no podrá exceder a lo establecido como **“gasto usual y acostumbrado”** en el Capítulo I Definiciones del presente contrato.
4. La suma asegurada máxima en vigor para cada Asegurado, es la que se indica en la carátula de la póliza y en el certificado individual, misma que estará expresada en pesos.

CUARTA.- PERÍODO DE BENEFICIO.

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará en la fecha de terminación del periodo de seguro contratado, con excepción del caso en que al concluir la vigencia del certificado el Asegurado, se encuentra bajo algún tratamiento específico amparados por esta póliza, ya que en tal circunstancias, la obligación de La Institución de prestar el servicio, terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse la suma asegurada;
3. A los dos años de verificarse la terminación del contrato.

Si la póliza se renueva sin interrupción alguna, automáticamente el periodo de pago será prorrogado por otro periodo de seguro.

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO****QUINTA.- OTROS SEGUROS.**

Si las coberturas otorgadas en la presente póliza están amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otra (s) aseguradora (s), las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra aseguradora.

CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES**PRIMERA.- CONTRATO.**

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados, el consentimiento, el certificado individual, las cláusulas y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y **“LA INSTITUCIÓN”**, bajo el cual quedará amparado todo Asegurado.

“LA INSTITUCIÓN” se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o en la renovación de la presente póliza o, por cambio de ocupación del Asegurado.

SEGUNDA.- OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante está obligado a declarar por escrito a **“LA INSTITUCIÓN”**, de acuerdo con la solicitud relativa al seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del presente contrato.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la solicitud, aun cuando no haya influido en la realización de cualquier siniestro, facultará a **“LA INSTITUCIÓN”** para considerar rescindido de pleno derecho este contrato.

TERCERA.- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (**Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

CUARTA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las Condiciones Generales de la presente póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

Contratante y **“LA INSTITUCIÓN”**, mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los agentes ni ninguna otra persona no autorizada específicamente por **“LA INSTITUCIÓN”**, tienen facultad para hacer modificaciones ni concesiones al presente contrato.

QUINTA.- EDAD.

No existen límites de edad para ser asegurado bajo la presente póliza ni para la renovación de la misma, por lo que La Institución garantiza la aceptación de personas de cualquier edad.

SEXTA.- RESIDENCIA.

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidas por el presente seguro las personas que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a **“LA INSTITUCIÓN”** el lugar de residencia de cada uno de los Asegurados.

SÉPTIMA.- MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o de **La Institución**, se efectuaran en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria Vigente.

OCTAVA.- PRIMAS.

La prima vence al inicio de cada período pactado y será el monto de la suma de las primas correspondientes a cada Asegurado perteneciente a la Colectividad Asegurada, en la fecha de inicio de cada vigencia, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha establecidas en la nota técnica que **“LA INSTITUCIÓN”** tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado entre el Contratante y **“LA INSTITUCIÓN”**, en la fecha de celebración del contrato.

El pago de primas será responsabilidad del Contratante, sin embargo, los integrantes de la Colectividad podrán contribuir al pago de la misma en la proporción que se establezca en su caso en la carátula de la póliza.

El pago de primas se realizará en el domicilio de **“LA INSTITUCIÓN”** que aparece en la carátula de la póliza, o mediante transferencia electrónica o mediante cargos en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de **“LA INSTITUCIÓN”**, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán causas imputables al Contratante

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria o la falta de saldo o crédito disponible.

Queda bajo la responsabilidad de **“LA INSTITUCIÓN”**, entregar al Contratante acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la prima a través de cargo a tarjeta de crédito.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente del pago hasta en tanto **“LA INSTITUCIÓN”** no entregué al Contratante el recibo de pago respectivo.

NOVENA.- PERÍODO DE GRACIA.

El Contratante gozará de un término de 30 días naturales para liquidar el total de la prima anual o cada una de las fracciones de la misma, pactadas en el presente contrato. Durante este período sólo aplicará el Sistema de Reembolso.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las 12 horas del último día del término mencionado, si el Contratante no ha cubierto el total de la prima anual o de la fracción pactada.

DÉCIMA.- REHABILITACIÓN.

La póliza podrá ser rehabilitada bajo los términos contratados inicialmente, no obstante lo estipulado en las Cláusulas Generales Octava.-Primas y Novena.-Período de Gracia, dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del período de gracia señalado, pagando la prima anual de este seguro o la parte correspondiente si se ha pactado su pago fraccionado, en el entendido que dicho pago deberá cubrir en su totalidad la(s) prima(s) vencida(s).

En la rehabilitación se conservará la antigüedad generada por cada Asegurado, considerándose que la póliza tuvo vigencia ininterrumpida.

DÉCIMA PRIMERA.- ALTAS DE ASEGURADOS.

El Contratante entregará a **“LA INSTITUCIÓN”** la relación de los miembros que integren la Colectividad Asegurada y se obliga a dar aviso por escrito mensualmente de aquellos que se integren con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza, **“LA INSTITUCIÓN”** cobrará una prima calculada en días exactos desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando La Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

DÉCIMA SEGUNDA.- BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja de la póliza aquellos Asegurados que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a “LA INSTITUCIÓN”.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, “**LA INSTITUCIÓN**” restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Causaran baja a partir de la siguiente renovación, los hijos de asegurado titular que:

- Cumplan 25 años de edad.
- Deje de ser dependiente económico.

DÉCIMA TERCERA.-REGISTRO DE ASEGURADOS.

Con base en los datos proporcionados por “El Contratante”, adjuntando solicitudes y consentimientos firmados por cada uno de los Asegurados y los avisos de Altas y Bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, “**LA INSTITUCIÓN**” elaborará un Registro de Asegurados para el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de la póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, la suma asegurada que le corresponda, el número de certificado individual que “**LA INSTITUCIÓN**” deberá expedir a favor de los Asegurados, y la fecha de inicio y

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

terminación de la vigencia de los seguros para cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.

Una copia autorizada de este registro será entregada a solicitud del Contratante.

DÉCIMA CUARTA.- RENOVACIÓN

La póliza se podrá renovar por períodos de igual duración si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de darla por terminada.

La Institución podrá renovar el presente contrato mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que a la fecha de vencimiento del contrato se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

DÉCIMA QUINTA.- CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, La Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

DÉCIMA SEXTA.- RESPONSABILIDAD DE “LA INSTITUCIÓN”.

El límite de responsabilidad a cargo de “**LA INSTITUCIÓN**”, ante el Contratante, el Asegurado y sus Dependientes económicos, se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en términos de la carátula de la presente póliza y los certificados individuales.

DÉCIMA SÉPTIMA.- INTERÉS MORATORIO.

En caso de que “**LA INSTITUCIÓN**”, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al asegurado o a sus beneficiarios un interés moratorio de conformidad por lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y fianzas.

DÉCIMA OCTAVA.- PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

DÉCIMA NOVENA.- COMPETENCIA.

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicado en el Diario Oficial de la federación del 3 de junio de 1996.

De no someterse al arbitraje previsto por la Ley antes mencionada, las partes podrán ocurrir ante los Tribunales Jurisdiccionales que correspondan en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

VIGÉSIMA.- COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

VIGÉSIMA PRIMERA.- NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a **“LA INSTITUCIÓN”** por escrito, en su domicilio social. Las que **“LA INSTITUCIÓN”** deba hacer al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- VIGENCIA.

Esté contrato estará vigente durante el período pactado, que aparece en la carátula de la presente póliza.

VIGÉSIMA TERCERA.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:

**CONDICIONES GENERALES
PLAN VISIÓN SALUD
COLECTIVO**

1. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante mediante aviso por escrito con 15 días de anticipación a la fecha en que cesará el contrato, devolviendo al Contratante la prima no devengada sin eximir a la **“LA INSTITUCIÓN”** por las reclamaciones procedentes mientras la póliza estuvo en vigor.
2. La terminación del período de gracia para el pago de prima vencida salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de mayo de 2010, con el número CNSF-H0712-0039-2010/CONDUSEF-000903-01.

**ANEXO I
 PLANES DE VISIÓN**

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Examen Optométrico y prescripción	Incluida
Dotación de anteojos o lentes de contacto	
1) Armazón (Oftálmico)	Modelo especificado en la carátula de la póliza de acuerdo a la Suma Asegurada.
2) Micas blancas CR 39 Sin tratamientos sencilla o bifocal Flat Top	Incluidas
3) Lentes de Contacto	Tipo especificado en la carátula de la póliza de acuerdo a la Suma Asegurada.
4) Estuche lentes de contacto	Incluido
5) Juego de Soluciones (en caso de lentes de contacto)	Incluido

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de mayo de 2010, con el número CNSF-H0712-0039-2010/CONDUSEF-000903-01.