



Seguros Salud

Seguro Individual y Familiar de Salud Dental Básico Estandarizado

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	5
1. Amalgamas	5
2. Amalgama y resina compuesta	5
3. Amalgama y resina simples	5
4. Asegurado	5
5. Beneficiario	5
6. Cobertura	5
7. La Institución	5
8. Consulta	5
9. Contratante	5
10. Contrato de Seguro	5
11. Copago	6
12. Credencial	6
13. Dependientes económicos	6
14. Deducible	6
15. Diagnóstico	6
16. Edad	6
17. Enfermedad o padecimiento	6
18. Exclusiones	6
19. Expediente médico	6
20. Extracción	6
21. Fecha de gasto	6
22. Fecha de ingreso a la aseguradora	6
23. Fecha de inicio de cobertura	6
24. Fecha de inicio de vigencia	7
25. Fecha de término de vigencia	7
26. Fecha de primer gasto	7
27. Gasto médico	7
28. Gastos dentales u odontológicos médicos correctivos	7
29. Gastos dentales preventivos	7

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

30. Honorarios dentales u odontológicos	7
31. Lugar de residencia	7
32. Dentista u odontólogo/especialista	7
33. Pago directo	7
34. Periodo de beneficio	7
35. Periodo de gracia	7
36. Plan	7
37. Póliza	8
38. Profilaxis	8
39. Prótesis	8
40. Radicectomía	8
41. Radiografía	8
42. Radiografía de aleta de mordida	8
43. Radiografía oclusal	9
44. Radiografía periapical	9
45. Reclamación o solicitud de servicios	9
46. Recibo de pago	9
47. Red médica dental	9
48. Reembolso	9
49. Salud	9
50. Solicitud	9
51. Solicitante Titular o Asegurado Titular	9
52. Suma asegurada o límite anual	9
53. Tabulador de honorarios médicos	9
54. Territorio	9
55. Tratamiento dental u odontológico	9
56. Urgencia dental u odontológica	10
II. OBJETO DEL SEGURO	10
III. ALCANCE DE LA COBERTURA	10
IV. EXCLUSIONES	11
V. CLÁUSULAS GENERALES	12
1. Periodo de pago de beneficio	12
2. Modificaciones y notificaciones	12

CONDICIONES GENERALES
Seguro de Salud Dental Estandarizado

3. Vigencia	12
4. Residencia	12
5. Primas	12
6. Revelación de comisiones	13
7. Altas	13
8. Bajas	13
9. Ajustes	13
10. Renovación	13
11. Prescripción	14
12. Moneda	14
13. Forma de pago	14
14. Lugar de pago	14
15. Omisiones o inexactas declaraciones	14
16. Competencia	15
17. Interés moratorio	15
18. Terminación	15
19. Cambios de la Red Odontológica	15
VI. PAGO DE RECLAMACIONES	15
1. Servicio de pago directo	15
2. Sistema de pago por reembolso	16
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	17
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	19
CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	20

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de agosto de 2016, con el número CNSF-H0704-0033-2016/CONDUSEF-002121-03”.

I. DEFINICIONES

Para efectos del siguiente contrato, se considerarán las siguientes definiciones.

1. Amalgamas

Aleación de 2 o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales.

2. Amalgama y resina compuesta

Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.

3. Amalgama y resina simples

Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.

4. Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

5. Beneficiario

Persona o personas designadas en la Póliza por el Asegurado Titular o Contratante para recibir el beneficio del seguro.

6. Cobertura

Es el conjunto de servicios odontológicos amparados por la presente Póliza, dirigidos a prevenir enfermedades dentales, así como a la promoción, fomento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud bucal de los Asegurados, los cuales son proporcionados por la aseguradora mediante recursos propios o contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos.

7. La Institución

Nombre con el cual se designará a la aseguradora en este documento, la cual está constituida de acuerdo con las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la Póliza.

8. Consulta

Relación dentista u odontólogo-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.

9. Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

10. Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Institución, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro y los endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales.
- d) Las condiciones generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- f) La relación de Proveedores con los que la aseguradora tiene convenio, incluida en el folleto explicativo.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

11. Copago

Cantidad a cargo del Asegurado, correspondiente a un porcentaje de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los gastos dentales u odontológicos correctivos y preventivos.

12. Credencial

Tarjeta de identificación que acredita a cada Asegurado de la presente Póliza como tal, ante la Red de dentistas u odontólogos.

13. Dependientes económicos

Cónyuge o concubina(rio) e hijos del Asegurado Titular, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.

14. Deducible

Cantidad fija a cargo del Asegurado correspondiente a los primeros gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza y será aplicable sólo para la primera vez que utilice la Póliza durante su vigencia.

15. Diagnóstico

Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos con el apoyo de radiografías.

16. Edad

La edad cronológica que tiene el Asegurado en una fecha determinada.

17. Enfermedad o padecimiento

Es la alteración en la salud dental del Asegurado, diagnosticada por un dentista u odontólogo calificado, para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

18. Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza y que se encuentre expresamente indicado en la misma.

19. Expediente médico

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad, y el informe médico establecido por la aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

20. Extracción

Es el procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria natural, ya sea temporal o permanente.

21. Fecha de gasto

Momento en que se recibe o genera un servicio cubierto, independientemente de la fecha en que se pague al proveedor dicho servicio.

22. Fecha de ingreso a la aseguradora

Es la fecha más antigua, demostrable mediante documentos emitidos por la Institución (Pólizas, endosos o recibos), en la que el Asegurado fue integrado como Asegurado mediante un contrato de seguros que opera a BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, a partir de la cual ha mantenido su cobertura en forma ininterrumpida.

23. Fecha de inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este contrato de seguro.

24. Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha a partir de la cual el contrato de seguro entra en vigor.

25. Fecha de término de vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este contrato de seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

26. Fecha de primer gasto

Momento en que se realizó el primer gasto relacionado con el accidente o la enfermedad.

27. Gasto médico

El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos.

28. Gastos dentales u odontológicos médicos correctivos

Son los gastos que realiza el Asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud dental y evitar complicaciones posteriores. Gastos que se realizan por tratamientos dentales u odontológicos y radiografías a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes condiciones generales.

29. Gastos dentales preventivos

Consultas, exámenes médicos y/o radiografías periódicos, especificados en las presentes condiciones generales, a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud dental.

30. Honorarios dentales u odontológicos

Retribución económica que obtiene el dentista u odontólogo legalmente autorizado para los servicios que presta a los Asegurados de acuerdo con las coberturas y límites de la Póliza.

31. Lugar de residencia

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la república mexicana.

32. Dentista u odontólogo/especialista

Es la persona con estudios profesionales en Odontología, titulada y con cédula profesional, legalmente autorizada para ejercer su profesión en territorio nacional.

33. Pago directo

Es el pago que realiza directamente la aseguradora al dentista u odontólogo, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención dental u odontológica a los Asegurados.

34. Periodo de beneficio

Es el tiempo máximo para erogar los gastos médicos de los padecimientos amparados, de acuerdo con las condiciones del contrato.

35. Periodo de gracia

Plazo posterior al vencimiento de la prima que la Institución otorga al Contratante para cubrir el monto de la misma, dentro del cual se otorga protección por el presente contrato de seguro.

36. Plan

Conjunto de características específicas del contrato de seguro.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

37. Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo de financiar un gasto médico, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso, y que en general se componen de:

- a) Carátula de la Póliza. Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que se señala:
 - Nombres y firmas de los representantes de la Institución
 - Nombre y domicilio del Contratante
 - La designación de las personas aseguradas
 - La naturaleza de los riesgos transferidos
 - Fecha de inicio y fin de la vigencia
 - Lista de endosos incluidos
 - El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo, tales como deducibles, copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
 - Cobertura contratada
 - Prima del seguro
 - Montos de suma asegurada o tipo de plan

- b) Condiciones generales. Conjunto de cláusulas en las que se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señala detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

- c) Endosos. Documentos generados por la Institución, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifican alguno de los elementos contractuales, y que tienen por objeto señalar una característica específica que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

38. Profilaxis

Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes (limpieza dental).

39. Prótesis

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial que reproduce total o parcialmente lo que ha de sustituir.

40. Radicectomía

Procedimiento quirúrgico para la eliminación de las raíces de un órgano dentario.

41. Radiografía

Examen diagnóstico realizado con rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.

42. Radiografía de aleta de mordida

Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

43. Radiografía oclusal

Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o de la mandíbula.

44. Radiografía periapical

Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.

45. Reclamación o solicitud de servicios

Es el trámite que realiza el Asegurado ante la aseguradora para obtener los beneficios del contrato de seguro a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo con las coberturas y límites de la Póliza establecidos en las condiciones.

46. Recibo de pago

Es el documento expedido por la Institución en el que se establece la prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

47. Red médica dental

Conjunto de dentistas u odontólogos que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura, que asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al Asegurado la opción de elegir libremente cuáles de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

48. Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo con las coberturas y límites de la Póliza.

49. Salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

50. Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

51. Solicitante Titular o Asegurado Titular

Persona asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la Solicitud de Seguro.

52. Suma asegurada o límite anual

Límite máximo de responsabilidad de la Institución por cada evento cubierto, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza que forma parte de este contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

53 Tabulador de honorarios médicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en la cual se especifica el monto máximo a pagar por la aseguradora por cada uno de éstos.

54. Territorio

Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio nacional denominado “Estados Unidos Mexicanos”.

55. Tratamiento dental u odontológico

Intervenciones que realiza el Dentista u Odontólogo de acuerdo con el Asegurado con la finalidad de prevenir, limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de la cavidad bucal del Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

56. Urgencia dental u odontológica

Implica una enfermedad o lesión imprevista, súbita, fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función, y exige atención médica inmediata.

II. OBJETO DEL SEGURO

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de gastos dentales u odontológicos preventivos y correctivos, de acuerdo con el número de servicios contratados en territorio nacional, especificados en las presentes condiciones generales, a los que tienen derecho los Asegurados con el fin de preservar su salud dental o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el contrato de Seguro, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la república mexicana y la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

III. ALCANCE DE LA COBERTURA

De acuerdo con las coberturas, plan y límites de suma asegurada contratadas, la Institución cubrirá al Asegurado en cada año, la Póliza, los gastos dentales u odontológicos por los tratamientos que a continuación se describen:

DEDUCIBLE: Una vez por año Póliza, más el copago por cada tratamiento realizado				
Módulo	Paciente Adulto	Número de Servicios al año Póliza	Suma Asegurada Máxima por Servicio (mayores de 13 años)	Suma Asegurada Máxima por Servicio (menores de 14 años)
Preventivo	Consulta oral detallada y extensiva Diagnóstico Plan de tratamiento	1	No se cubre por reembolso	No se cubre por reembolso
	Profilaxis Instrucción nutricional para el control de las enfermedades dentales	1	\$176	\$120
	Aplicación tópica de flúor (únicamente para menores de 14 años)	1	No aplica	\$112
	Radiografías	4	\$32 c/u	\$32 c/u

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

Correctivo	Amalgama simple (una superficie del diente posterior) o compuesta (más de una superficie del diente posterior, aun cuando no exista comunicación entre sí)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	\$240 c/u	\$240 c/u
	Resina simple (una superficie del diente anterior) o compuesta (más de una superficie del diente anterior, aun cuando no exista comunicación entre sí)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	\$252 c/u	\$252 c/u
	Extracción simple	2	\$320 c/u	\$200 c/u
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)	1	\$400	No aplica

Notas: Menores de 14 años (de 0 años a 1 día antes de cumplir 14 años).
Mayores de 13 años (de 14 años cumplidos o mayores).

Para cada uno de los servicios especificados se aplicará lo siguiente:

- a) Deducible, éste se paga una vez al año Póliza, y el monto se especifica en la carátula de la Póliza.
- b) En el caso de los servicios que reciba, ya sea fuera o dentro de la Red Médica Dental, el Asegurado deberá asumir el copago indicado en la carátula de la Póliza.
- c) La Institución pagará la cantidad en exceso del copago hasta la suma asegurada máxima por servicio recibido dentro o fuera de la Red Médica Dental especificada en la carátula de la Póliza.

Para recibir los servicios cubiertos en esta Póliza, el Asegurado podrá acudir, preferentemente, a la Red Médica Dental de la Institución; de lo contrario, podrá asistir al dentista u odontólogo de su preferencia aplicando el esquema de reembolso, el cual será cubierto hasta la suma asegurada y aplicando los copagos correspondientes especificados en la carátula de la Póliza y de acuerdo con las reglas especificadas en estas condiciones generales.

IV. EXCLUSIONES

Esta Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- **Medicamentos**
- **Anestesia general o sedaciones**
- **Gastos hospitalarios**
- **Tratamientos y erogaciones fuera del territorio nacional**
- **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato**
- **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente con respecto a las indicaciones del Odontólogo tratante**
- **Tratamientos de naturaleza experimental o de investigación**

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

- **Cualquier complicación que surja durante o después del tratamiento realizado por un Odontólogo que no pertenezca a la Red**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, como la restauración plástica, blanqueamiento, corrección o eliminación de defectos**
- **Tratamiento que no esté especificado dentro de las coberturas del plan contratado (endodoncia, prótesis, periodoncia, ortopedia y ortodoncia)**
- **Obturaciones de desgastes iniciales y/o cervicales**
- **Procedimientos quirúrgicos (salvo extracciones simples)**
- **Resinas en dientes posteriores**

V. CLÁUSULAS GENERALES

1. Periodo de pago de beneficio

Las obligaciones del presente contrato cesarán al reclamarse el número de consultas amparadas en cada año Póliza, los exámenes preventivos o al agotarse la suma asegurada.

Las obligaciones a cargo de la Institución contraídas en el presente contrato, derivadas de tratamientos iniciados durante la vigencia de la Póliza, terminarán al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través del alta médica, o
- b) Al agotarse el límite de suma asegurada establecido en la cláusula de la Póliza, así como el número de consultas, exámenes y servicios amparados por cada año Póliza.
- c) A los dos años de verificarse la terminación de la vigencia del contrato.

2. Modificaciones y notificaciones

El contrato sólo podrá modificarse con un previo acuerdo entre el Contratante y la Institución. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (**artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**). En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Institución, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido del contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Solicitante Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (**artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de Seguro deberá hacerse a la Institución por escrito, precisamente en su domicilio social, estando obligada a expedir constancia de la recepción. En caso de que la dirección de la oficina de la Institución llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, procederá conforme a lo señalado por el **artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro** (la Institución “deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república”).

3. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza.

4. Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la república mexicana.

5. Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su dependencia con el Titular. En cada renovación la prima será

calculada aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La prima vence al inicio de cada periodo de seguro contratado; sin embargo, el Contratante dispondrá de 30 días naturales (periodo de gracia) a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día del término antes mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la prima anual. En tanto la prima no sea liquidada, no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier reembolso. Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de la Institución contra la entrega del recibo expedido por la misma, o
- De acuerdo con los medios autorizados por la Institución para este producto

6. Revelación de comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución que 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, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

7. Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Institución, conforme a las pruebas de asegurabilidad que ésta establezca. Esta inclusión deberá ser reportada a la Institución en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Del mismo modo, si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza siempre que se dé aviso a la Institución del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y el cuestionario médico debidamente requisitados. Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Cláusula V. CLÁSULAS GENERALES, numeral 5. Primas. Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a la Institución a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Cláusula V. CLÁSULAS GENERALES, numeral 5. Primas.

8. Bajas

Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser dependientes económicos del Solicitante Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que pierdan esa condición.

9. Ajustes

En caso de Altas de Dependientes, la Institución cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente. En el caso de Bajas de Dependientes, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

10. Renovación

Este contrato se considerará renovado automáticamente por periodos de un año, salvo que dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación será calculada con la tarifa que la Institución tenga aprobada en ese momento. El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Institución, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

La Institución acuerda que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su Póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los Asegurados de este contrato cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula V. CLÁUSULAS GENERALES, numeral 15. Omisiones o inexactas declaraciones, de estas condiciones generales.

La primera y las anteriores renovaciones sucesivas que tenga este contrato, se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que la Institución tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva.

Por esta cláusula, la Institución se obliga a otorgar al Asegurado la renovación de su contrato de Seguro en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo con la dependencia de los Asegurados. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de Seguro 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** que establece lo siguiente: “El plazo de que trata el Artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización”.

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a las que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones, conforme a lo dispuesto por el **artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

12. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en el momento de los mismos.

13. Forma de pago

Este producto se operará sólo con forma de pago anual.

14. Lugar de pago

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de la Institución contra la entrega del recibo expedido por la misma, o
- De acuerdo con los medios autorizados por la Institución para este producto, los cuales deberán hacerse del conocimiento del Asegurado al momento de la contratación

15. Omisiones o inexactas declaraciones

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes los que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la ocurrencia del siniestro.

16. Competencia

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el reclamante 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 por el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En todo caso, queda a elección del reclamante hacer valer sus derechos de conformidad con lo previsto en las disposiciones mencionadas en el párrafo anterior, o acudir ante los Tribunales Jurisdiccionales competentes 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).

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta o la Institución proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

17. 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 en los términos del **artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

18. Terminación

La vigencia del presente seguro concluirá en la fecha de terminación indicada en la carátula de la Póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:

- La cancelación de la presente Póliza a solicitud del Contratante
- La terminación del periodo de gracia para el pago de la prima vencida

19. Cambios de la Red Odontológica

Las aseguradoras deberán informar a los Asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan los cambios en la Red Odontológica.

VI. PAGO DE RECLAMACIONES

1. Servicio de pago directo

En el caso de que el Asegurado requiera atención de la Red Médica Dental, podrá hacer uso del servicio de pago directo en el que, previa verificación de la Institución respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago directamente al dentista u odontólogo de la Red Médica Dental por la consulta, radiografías y Procedimientos realizados, al Asegurado, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el copago y deducible que correspondan.

El servicio de pago directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Institución para verificar la situación de procedencia del caso y a la suficiencia de su Red.

Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima no se otorgará el servicio de pago directo si la Póliza no ha sido pagada.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

2. Sistema de pago por reembolso

En caso de que no se cuente con Red en el lugar de Residencia del Asegurado, se reembolsarán los gastos dentales u odontológicos con base en el siguiente procedimiento.

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Institución, en el curso de los primeros 30 días naturales siguientes a la obtención del servicio de que se trate, de cualquier reclamación que pueda ser motivo de reembolso.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Institución la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración (formato de solicitud de reembolso y diagnóstico a detalle) que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos; además; en el caso de los gastos correctivos, deberá anexar las radiografías anteriores y posteriores a la realización de los procedimientos reclamados. Hasta en tanto no se cumplan estos requisitos, la Institución no estará obligada a realizar el pago de la reclamación.
- c) La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurados o familiares del Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.
- d) La Institución sólo reembolsará los honorarios de dentistas u odontólogos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.
- e) La Institución reembolsará, al Asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para las reclamaciones de gastos dentales u odontológicos correctivos o preventivos, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el contrato de Seguro.
2. A la cantidad resultante, se descontará la cantidad por concepto de deducible y el copago de acuerdo con el porcentaje o monto máximo establecido en la carátula de la Póliza, para cada concepto.
3. El copago, así como los límites citados en el contrato de seguro aplicarán para cada evento cubierto.

El Asegurado Titular y sus dependientes podrán solicitar el servicio de reembolso a la Institución, en los casos de urgencia médica en que la Red de Prestadores de Servicios de Salud 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 Red de Prestadores de Servicio de Salud y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido por la misma urgencia utilizar los servicios con un odontólogo o en una Institución fuera de la Red. Se cubrirá el costo de la consulta, radiografías y procedimientos realizados, menos el monto equivalente al deducible y copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la Póliza.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de agosto de 2016, con el número CNSF-H0704-0033-2016/CONDUSEF-002121-03”.

Entrega de documentación contractual

De conformidad a las Disposiciones de Carácter General emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, publicadas en el Diario Oficial de la Federación, se incluye y forma parte integrante de la presente Póliza, la siguiente cláusula:

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza los documentos en los que consten los Derechos y Obligaciones del Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera presencial
2. A través de Servicio de Atención a Clientes (SAC)
3. Envío al domicilio del Contratante por los medios que la aseguradora utilice para tal efecto.
4. Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el Contratante.

El Asegurado y/o Contratante podrá al momento de la contratación o a través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose al número: (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana y enviando un correo electrónico: bbvaseguros.mx@bbva.com

La aseguradora dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 3, mediante el acuse de recepción al momento de la contratación o en su defecto el acuse de recepción de las personas que se encuentren en el domicilio que el Contratante haya señalado para tales efectos.

En el supuesto identificado con el numeral 4, la aseguradora dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico y de la confirmación de recepción por parte del Contratante en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación, para tal efecto la Aseguradora procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío, lo anterior sin perjuicio de brindar al Asegurado o Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual vía WEB, a través del portal de internet descrito en el presente apartado con acceso autenticado mediante clave personalizada proporcionada por la Institución.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante otorgue su consentimiento de forma expresa para recibir la documentación a que se hace referencia en la presente cláusula, mediante el envío de la documentación vía correo electrónico en los términos descritos con antelación, está de acuerdo en que los medios de identificación sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, a través del medio elegido por el Asegurado y/o Contratante, sin que ello obste que el Asegurado o Contratante pueda descargar o consultar las condiciones generales en los medios electrónicos determinados en las presentes condiciones generales.

Adicionalmente, si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la aseguradora, comunicándose al teléfono (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana, asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a: bbvaseguros.mx@bbva.com

Para solicitar que la presente Póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana.

La aseguradora emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada.

Para consultar el anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga: www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurossalud.com.mx en la sección de disposiciones legales vigentes o en la siguiente liga: www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

**BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V.,
Grupo Financiero BBVA México.**

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de marzo de 2010, con el número RESP-H0704-0002-2009/G00799001”.

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx. Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado o Contratante, según corresponda, podrá solicitar la cancelación del presente contrato de seguro por (i) el mismo medio por el cual fue contratado; (ii) por cualquiera de los medios que se enlistan a continuación, de manera enunciativa y no limitativa; y/o (iii) por cualquier otro medio que al efecto implemente la Institución, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio al Cliente de la Institución, desde toda la república mexicana al (55) 1102 0038, de lunes a viernes
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado o Contratante recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de Folio de Cancelación de forma inmediata o en un plazo no mayor a 48 horas posteriores, a partir del cual la Institución generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de junio de 2016, con el número RESP-H0704-0002-2016/G00222001”.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud Dental Estandarizado

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo a lo establecido en el **artículo 52** de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**, el Asegurado deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga(n) su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la Póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución en lo sucesivo.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá como agravación esencial cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Institución habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, la Institución no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. (**Artículo 60** de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**).

Cláusula complementaria de agravación del riesgo

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el Asegurado o su Beneficiario, en los términos del **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** y el Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los **artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis** del **Código Penal Federal** y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre de los Asegurados o su Beneficiario, sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Asegurado o del Beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Institución considerará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 17 de junio de 2021, con el número CGEN-H0704-0005-2021/CONDUSEF-G-01316-001”.

DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un seguro?

Cuando se contrata un seguro de vida, accidentes y enfermedades (gastos médicos mayores, accidentes personales o salud); es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado, al momento de adquirir una protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

¿Cómo saber cuáles son tus derechos cuando contratas un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil:

Como Contratante, antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Si el seguro te lo ofrece un agente de seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para obtenerla ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bbvasegurossalud.com.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas.
- Recuerda que si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.

En caso de que ocurra un siniestro, tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu Póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo.
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora si hay retraso en el pago de la suma asegurada.
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), o bien acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presentaste una queja ante la CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico si las partes no se sometieron a arbitraje.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención al número: (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana o escribe a atencionbbvaseguros@bbva.com

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México) y al correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvasegurossalud.com.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de junio de 2015, con el número RESP-H0704-0031-2015/G00218001”.

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.
Desde toda la república mexicana: **(55) 1102 0038**

Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso inicialmente de un siniestro, ten a la mano tu Póliza y marca desde toda la república mexicana:

800 32 SALUD
800 32 72583

De lunes a viernes de 8:30 a 18:00

Correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com