



Seguros Salud

Gastos Médicos Empresarial

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO DE PÓLIZA	7
III. OBJETO DEL SEGURO	10
IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO	11
V. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	14
VI. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	18
VII. COBERTURAS ADICIONALES	19
VIII. EXCLUSIONES GENERALES	21
IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	23
X. CLÁUSULAS	26
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	32

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

“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 04 de junio de 2013, con el número CNSF-H0704-0047-2012 y del día 08 de enero de 2019, con el número CGEN-H0704-0005-2018/CONDUSEF-000532-02”.

Contrato de seguro que celebran por una parte “**BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer**”, en lo sucesivo la “Institución”, y por otra parte el “Contratante”, el cual se indica en la carátula de la Póliza, mediante el cual la primera se obliga a cubrir las pérdidas económicas que tengan los Asegurados por los gastos erogados por la atención médica recibida a consecuencia de accidentes o enfermedades que se encuentren cubiertos, y la segunda se obliga al pago de la prima, al tenor de las siguientes definiciones y cláusulas:

I. DEFINICIONES

1. Participantes

a) Institución

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

b) Contratante

Persona física o moral, cuya propuesta sirve de base para la expedición de esta Póliza y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

c) Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa, asociación legamente constituida o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

d) Colectividad Asegurada

Es la constituida por los miembros de la Colectividad Asegurable que habiendo solicitado este seguro y habiendo sido aceptada su oferta por la Institución, sean incluidos con la calidad de Asegurados en el registro respectivo. Cada una de dichas personas formará parte de la Colectividad Asegurada desde la fecha en que se indique en el registro de que se trata y hasta en tanto no se produzca alguna de las causas por las que, conforme a esta Póliza o a la ley, deban cesar, individual o colectivamente, los efectos de este contrato. El registro arriba mencionado se denominará Registro de Asegurados y contendrá todos los datos que determine la Institución.

e) Titular

Cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada que por tal motivo han otorgado su consentimiento para estar Asegurados.

f) Familia del Titular

Se entenderá como tal la constituida por el propio Titular, el cónyuge o concubina(o) de éste, si son menores a la edad establecida en las pólizas de la Institución a la fecha de su inclusión en el registro correspondiente, y los hijos solteros del Titular menores de veinticinco años, que no tengan remuneración por trabajo personal.

g) Dependientes

El Titular podrá ampliar la cobertura de esta Póliza cuando el Contratante así lo proponga, a efectos de que se incluyan en ella los gastos médicos que se originen por la atención de la Familia del Titular, denominando a éstos como Dependientes e incluyéndolos con dicha calidad en el Registro de Asegurados. Todas las condiciones aplicables para los Titulares serán entendidas como aplicables para cada Dependiente, asimilándose en la figura del Asegurado tanto al Titular como a los Dependientes.

h) Asegurados

Todos los miembros de la Colectividad Asegurada Titulares o Dependientes.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

2. Contrato

a) Contrato de Seguro

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Institución en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta Póliza, las Cláusulas que lleva anexas, el Registro de Asegurados, los Certificados y Consentimientos individuales, constituyen testimonio y/o prueba del contrato de Seguro, celebrado entre la Institución y el Contratante.

b) Tabulador de honorarios médicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en la cual se especifica el monto máximo que pagará la Institución por cada uno de éstos. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Se compone de la base de tabulador y el conjunto de porcentajes que se aplicarán a dicha base para cada uno de los procedimientos.

c) Endoso y/o condiciones especiales

Documento, generado por la Institución y recibido por el Contratante que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene 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 en el endoso prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) Prima

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante, a favor de la Institución, la cual podrá ser anual o en parcialidades, según establezca la carátula de la Póliza.

e) Domiciliación bancaria

Es la autorización otorgada por el Contratante y/o Asegurado para que el pago de la prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

3. De las coberturas

a) Enfermedad

Es toda alteración de la salud del Asegurado provocada por la acción directa o indirecta de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que amerita tratamiento médico.

b) Enfermedad amparada

Se considerará que una enfermedad es amparada bajo la cobertura de esta Póliza cuando estando vigente la Póliza respecto al Asegurado afectado:

1. La fecha de inicio de la enfermedad ocurra dentro del periodo de vigencia de la Póliza. Se considera como fecha de inicio de la enfermedad aquella en que el Asegurado afectado recibe el primer servicio para la atención de dicha enfermedad, y que bajo circunstancias normales implicaría la erogación de un gasto.
2. Haya sido diagnosticada por un médico titulado y legalmente autorizado para emitir dicho diagnóstico, que no sea familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta en segundo grado.
3. Que no esté específicamente excluida en las condiciones generales de la Póliza, endosos y condiciones especiales agregadas a ésta.
4. Que no se trate de un padecimiento preexistente o congénito conforme lo estipulado en el inciso e) Padecimiento Preexistente y en el inciso f) Padecimiento Congénito, numeral 3, cláusula II.

c) Accidente

Toda alteración de la salud resultado de un acontecimiento imprevisto que, ocurrido por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, es decir, ajena a la voluntad del Asegurado o de un tercero, le ocasiona lesiones o daños corporales al Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste, también se considerarán como accidente:

1. La asfixia por inmersión, por obstrucción de las vías respiratorias, por ahorcamiento o por el impacto de un objeto externo a la altura de la tráquea, sin incluir las que sean a consecuencia de una enfermedad.
2. La aspiración de gases o vapores tóxicos.
3. La electrocución.
4. El envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas, incluyendo medicamentos o alimentos a los que el Asegurado resultara alérgico.
5. Homicidio o intento de éste.

d) Accidente amparado

Se considerará que un accidente es amparado bajo la cobertura de esta Póliza cuando estando vigente la Póliza respecto al Asegurado afectado:

1. El accidente ocurra dentro del periodo de vigencia de la Póliza. La fecha en que ocurra el accidente será considerada como la fecha de inicio para efectos de la reclamación.
2. Que no esté específicamente excluido en las condiciones generales de la Póliza, endosos y condiciones especiales agregadas a ésta.
3. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas por el Asegurado cuando:
 - a) Sean infligidas por el propio Asegurado o por un tercero con el consentimiento del Asegurado.
 - b) Se encuentre bajo el influjo del alcohol o enervantes.
4. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, así como sus complicaciones o secuelas se considerarán como provenientes de un solo accidente.
5. En caso de que el Asegurado afectado reciba el primer servicio para la atención médica del accidente después de treinta días naturales de ocurrido, el accidente seguirá estando cubierto, pero para efectos de esta Póliza, los gastos efectuados se considerarán y se reembolsarán aplicando el Deducible, Coaseguro y los límites correspondientes a una enfermedad amparada.
6. Las hernias, eventraciones, protrusiones o invaginaciones de cualquier tipo se considerarán y se reembolsarán aplicando los límites correspondientes a una enfermedad amparada.

e) Evento amparado

Se considera como un solo evento a todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones derivadas de la enfermedad amparada o accidente amparado inicial cubierto por esta Póliza, independientemente de las veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de éste.

f) Fecha en que se efectúan los gastos

Se considerará que los gastos médicos se efectúan en la fecha en que se reciba el servicio médico correspondiente o en la que se practiquen los estudios de laboratorio y/o gabinete.

g) Periodo de beneficio

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada enfermedad o accidente, sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos hasta el agotamiento de la suma asegurada, aplicando las condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si la Póliza se da por terminada por cualquier causa imputable al Contratante y/o al Asegurado, o a solicitud del Contratante, o concluye la vigencia de ésta y no es renovada y el Asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación o al agotarse la suma asegurada o por 30 días naturales a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

h) Periodo de espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la Póliza para poder cubrir un padecimiento de acuerdo con las especificaciones del contrato. La Institución no cubrirá los gastos erogados y los padecimientos correspondientes originados antes o durante este periodo, salvo en el caso de accidentes amparados y urgencias médicas.

i) Tipo de plan

Se refiere a la suma asegurada, participación del Asegurado en el costo del evento y nivel hospitalario contratados por el Asegurado y que se señalan en la carátula de la Póliza.

j) Suma asegurada

Obligación máxima de la Institución por cada evento amparado en esta Póliza de acuerdo con las coberturas contratadas a la fecha de inicio de éste.

k) Participación del Asegurado en el costo del evento

Para cada enfermedad amparada, corresponderá al Asegurado aportar una parte de los gastos cubiertos por esta Póliza conforme a:

1. Deducible

Cantidad fija establecida en la carátula de esta Póliza que representa los primeros gastos cubiertos por cada enfermedad cubierta conforme a las condiciones convenidas en el contrato y que deberá superarse para iniciar las obligaciones a cargo de la Institución.

2. Coaseguro

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Coaseguro la coparticipación entre la Institución y el Asegurado en el costo de la enfermedad cubierta. Dicha participación será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza, y se aplicará sobre los gastos cubiertos que excedan el Deducible, hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la Póliza bajo el nombre "Coaseguro máximo".

l) Nivel Hospitalario

Pueden ser hospitales de nivel alto, de nivel medio o de nivel bajo, de acuerdo a la clasificación mencionada en el anexo de estas condiciones generales y cuya actualización deberá consultarse a través del Centro de Atención Telefónica.

4. De las reclamaciones

a) Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado titular ante la Institución, para que le sean reembolsados los gastos erogados por la atención médica de un accidente o enfermedad amparados.

b) Reembolso

Es la restitución de los gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de los servicios recibidos para la atención de una enfermedad o accidente amparados. La Institución realizará el proceso de ajuste correspondiente de acuerdo con la amplitud de cobertura de la Póliza. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

c) Pago Directo

Independientemente de que la responsabilidad de la Institución se establece bajo el esquema de reembolso previamente definido, en los casos en que sea posible y bajo el esquema definido en la cláusula IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES, se aplicará el servicio de Pago Directo mediante el cual la Institución pagará directamente al prestador de servicios el costo de los servicios médicos procedentes que brinde al miembro de la familia Asegurada afectado por una enfermedad o accidente amparados.

1. Cirugía programada

Modalidad de Pago Directo mediante el cual la Institución confirma la procedencia del evento y conviene con el Asegurado en realizar el pago de los gastos cubiertos a los prestadores de servicios. Para ello será necesario que antes de que ocurra la intervención quirúrgica, el Asegurado notifique a la Institución conforme al procedimiento definido en la cláusula IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.

2. Ingreso hospitalario

Cuando por el estado de emergencia se realice el internamiento del Asegurado para recibir el servicio médico sin notificación previa a la Institución y se pretenda la utilización del servicio de Pago Directo, será necesario que el Asegurado mismo o el responsable del internamiento notifiquen del hecho a la Institución a la brevedad posible siguiendo el procedimiento definido en la cláusula IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES.

d) Centro de Atención Telefónica (CAT)

Servicio de asistencia telefónica a nivel nacional, las veinticuatro horas del día durante los 365 días del año, que se ofrece a los Asegurados para obtener orientación y asesoría para la utilización de la Póliza, así como información acerca de la red de prestadores.

II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO DE PÓLIZA

1. Prestadores médicos

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, que no sea familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta en segundo grado.

a) Médico general

Es el profesional de la medicina con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y/o resolver con tratamiento médico y procedimientos sencillos algunos padecimientos que requieren acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en casa del enfermo.

b) Médico especialista

Médico avalado por un organismo colegiado en una especialidad determinada de la ciencia médica, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

1. Médico acupunturista, médico homeópata y médico quiropráctico

Son aquellos profesionales médicos que cuentan con los documentos que los acrediten como tales (título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista, homeópata o quiropráctico, respectivamente.

2. Perito médico

Médico especialista certificado por el consejo correspondiente o alguna autoridad.

c) Médico tratante

Médico que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento.

d) Anestesiólogo

Médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

e) Enfermera(o)

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

2. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios

Médicos, hospitales, farmacias o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la Norma Oficial Mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

a) Hospital, clínica o sanatorio

Establecimiento sanitario legalmente autorizado para diagnosticar y tratar los accidentes o las enfermedades de un paciente que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

b) Hospital certificado

Aquel hospital que cuenta con la certificación otorgada por la Secretaría de Salud.

c) Laboratorios clínicos o unidades de diagnóstico

Establecimiento sanitario legalmente autorizado para realizar estudios y pruebas que permitan el diagnóstico clínico de los accidentes o enfermedades de un paciente.

d) Farmacias

Establecimiento legalmente autorizado para la venta de medicamentos.

e) Red de prestadores

Aquellos que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes se les pagará directamente los gastos médicos procedentes, ajustándose a los límites y condiciones establecidos en esta Póliza.

1. Médico de red

Médico con el que la Institución o el prestador de servicios contratados por ésta, tiene celebrado un contrato para la atención de sus Asegurados, el cual permite operar el esquema de Pago Directo.

2. Hospitales de red

Hospital con el que la Institución o el prestador de servicios contratados por ésta, tiene celebrado un contrato para la atención de sus Asegurados, el cual permite operar el esquema de Pago Directo.

3. Conceptos médicos

a) Tratamiento médico

Conjunto de acciones y/o procedimientos que se emplean para curar o aliviar un accidente o una enfermedad.

b) Segunda y tercera opinión médica

Servicio que presta la Institución a los Asegurados por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que son designados por la Institución para corroborar el diagnóstico inicial y confirmar la procedencia de la reclamación.

c) Atención médica de corta estancia

Se define como atención médica de corta estancia a las hospitalizaciones que tengan una duración de unas cuantas horas, sin necesidad de pasar la noche en el hospital.

d) Urgencia médica

Es el periodo que inicia con la alteración súbita del estado de salud del Asegurado o crisis médica que pone en peligro su vida, la viabilidad de alguno de sus órganos o su integridad corporal y que requiere servicios médicos de manera inmediata. La urgencia médica termina cuando el médico tratante considera que la situación de crisis médica ha concluido.

e) Padecimiento preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad del que se determina que es improcedente una reclamación cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

1. Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

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

A efectos de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos y como parte del procedimiento de suscripción del seguro, la Institución podrá requerir al Solicitante que se someta a un examen médico.

En caso de que el Asegurado se haya sometido al examen médico al que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele el inciso de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Cuando a juicio de la Institución se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar por acudir ante un perito médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Institución, a fin de someterse a un arbitraje privado.

El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y, al ser designado árbitro, deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

La Institución acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro; y las partes, en el momento de acudir a ella, deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Institución.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas hará el nombramiento del perito.

f) Padecimiento congénito

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

El conjunto de alteraciones que durante el periodo gestacional originó diversas malformaciones congénitas, será considerado como un mismo evento.

4. Embarazo y parto

a) Fecundación

Proceso mediante el cual el óvulo maduro femenino es fertilizado produciendo un huevo o cigoto, a partir del cual se desarrolla el embrión. Este proceso puede desarrollarse de forma normal por cópula entre hombre y mujer, o bien bajo algún método asistido, interno o externo, entre los que se encuentran la inseminación artificial, fecundación in vitro. Es objeto de esta Póliza únicamente cubrir los gastos del parto producto de una fecundación natural, y en ningún momento se pretende cubrir los gastos de parto producto de una fecundación asistida.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

b) Embarazo

Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto. Cuando en el embarazo se desarrollan simultáneamente dos o más fetos, se llama embarazo múltiple.

c) Aborto

Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el producto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.

1. Interrupción necesaria del embarazo (aborto terapéutico)
Interrupción del embarazo por prescripción médica.
2. Interrupción involuntaria del embarazo (aborto inevitable)
Complicación de la gestación en la que la terminación del embarazo es inminente y no puede evitarse.
3. Interrupción voluntaria del embarazo
Interrupción intencional del embarazo antes de que el producto se haya desarrollado lo suficiente como para vivir fuera del claustro materno.

Es objeto de esta Póliza cubrir únicamente los gastos originados por los numerales 1 y 2 del inciso c) Aborto, y en ningún momento se pretende cubrir los gastos que sean producto de una interrupción voluntaria del embarazo.

d) Parto

Etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto a término por las vías naturales. Cuando se obtiene un producto antes de la semana treinta y seis de gestación, es decir, sin un producto maduro, se conoce como parto prematuro.

e) Cesárea

Intervención quirúrgica que consiste en extraer el producto del embarazo mediante una incisión en el abdomen, en sustitución de un parto.

f) Embarazo múltiple

Es aquel en el que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.

5. Aparatos ortopédicos o prótesis e injertos

a) Aparatos ortopédicos, prótesis u órtesis

Es todo aparato mecánico o eléctrico que permite reemplazar, sustituir, corregir o auxiliar, total o parcialmente, la función de un órgano, articulación o extremidad, y que es prescrito por el Médico tratante.

b) Injertos y trasplantes

Se refiere a la inserción o inoculación de órganos, tejidos o células desde su sitio de origen autólogo o heterólogo (donador) a otra parte del cuerpo (receptor), con el fin de recuperar una función. Asimismo, se incluyen sustancias orgánicas, artificiales o radiactivas prescritas por el Médico tratante.

III. OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la Póliza que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante dentro del territorio que se estipule en el contrato, la Institución reembolsará al Asegurado o pagará directamente a los prestadores afiliados el costo de los mismos, teniendo como límite lo que ocurra primero de:

1. El agotamiento de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el contrato,
2. El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la presente Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma;
3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente cubiertos que haya afectado al Asegurado.

IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO

1. Bases del contrato

Esta Póliza, y en su caso las cláusulas que a ésta se agreguen, se entienden otorgadas con base en la solicitud formulada por el Contratante y en las suscritas por cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada.

En consecuencia, el Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, todos los hechos importantes para la apreciación de riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la Colectividad Asegurada.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula, facultará a la Institución para dar por rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en realización del siniestro, como lo previenen los **artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**. El presente párrafo sólo aplicará cuando los Asegurados se den de alta después de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

2. Edad

a) Edad máxima de aceptación

El Contratante podrá solicitar la inclusión a esta Póliza de aquellos miembros que cumplan con la definición de colectividad asegurable, cuya edad sea menor a la establecida en las políticas de la Institución.

b) Edad de última renovación

No habrá límite de edad para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando se cumpla con la definición de colectividad asegurable y/o se cumpla con las políticas establecidas por la Institución.

c) Comprobación de edad

La Institución se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Institución deberá anotarla en la propia Póliza y extender el comprobante de tal hecho al Contratante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando deba pagar un siniestro, salvo que se compruebe que las pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

d) Consecuencias de una inexacta declaración de edad

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de los Asegurados, ésta hubiere estado fuera de los límites de aceptación establecidos al momento de la celebración o en su caso la renovación del contrato de Seguro, los beneficios de la Póliza quedarán rescindidos para dichos Asegurados y la Institución reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por Institución, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
2. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato.
3. Las primas correspondientes a los periodos siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
4. Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

5. Si la inexactitud en la edad se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos antes descritos se aplicarán las tarifas que estén en vigor al momento de la detección de la inexactitud.

3. Vigencia del seguro

a) Inicio de vigencia

Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la Póliza surtirán plenamente sus efectos a partir de las cero horas de la fecha inicial de vigencia de esta Póliza, si se trata de quienes forman parte de la Colectividad Asegurada a la celebración de este contrato.

En los casos en que el Contratante solicite la inclusión de Asegurados en un momento posterior, no se considerará vigente, sino a partir de la fecha en que la Institución comunique al Contratante los términos y condiciones de su aceptación, la que podrá o no otorgar, previo desahogo de las pruebas de asegurabilidad que la misma Institución determine. A falta de la comunicación y aceptación, se entenderá vigente el seguro a partir de la fecha en que la Institución incluya al Asegurado de que se trate en el registro establecido por esta Póliza y que constará en el certificado correspondiente.

b) Término de vigencia

Cesarán los efectos de esta Póliza, respecto a todos los miembros de la Colectividad Asegurada, a partir de las cero horas del último día del Periodo de Seguro contratado. Asimismo:

1. Para el Titular y sus Dependientes, a partir de la separación del primero de la Colectividad Asegurada.
2. Para cada uno de los Dependientes del Titular, a partir de que dejen de depender económicamente del Titular.
3. Para los hijos del Titular, a partir del siguiente aniversario en que cumpla la edad de veinticinco años o en el momento en que contraen matrimonio civil.

c) Periodo del seguro

Las partes convienen expresamente en que el Periodo de Seguro contratado inicialmente o por renovación, será por un año pudiendo renovarse por periodos iguales.

4. Primas

a) Importe

El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Institución como prima, la cual será la Suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con su edad y género. Éstas se calcularán de acuerdo con la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada Periodo de Seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de Póliza y tasa de financiamiento.

b) Pago fraccionado de primas

El Contratante puede optar por liquidar la prima en un pago anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato. Independientemente de ello, la prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

c) Vencimiento de la prima

El pago de la prima deberá efectuarse en el momento de la celebración del contrato por lo que se refiere al primer periodo de seguro. Las primas posteriores se entenderán vencidas al comienzo de cada periodo. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de ésta, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

d) Periodo de gracia

El Contratante contará con treinta días contados a partir de la fecha de emisión para liquidar el recibo correspondiente a la primera parcialidad; los recibos subsecuentes deberán ser liquidados al inicio del periodo de seguro correspondiente. Si no hubiese sido pagada la prima dentro estos plazos, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las cero horas del último día de este plazo.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la Póliza, quedando el pago de los siniestros que resultarán procedentes bajo el esquema de pago por reembolso y no se otorgará el servicio de Pago Directo; la Institución podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas.

e) Lugar de pago de la prima

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de la Institución, contra la entrega del recibo correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante a través de la domiciliación bancaria. En este caso, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago. En caso de que por causas imputables al Contratante no pueda efectuarse el cargo a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el seguro cesará sus efectos, siendo efectiva la cancelación de la Póliza a partir del inicio del periodo al que corresponde el adeudo de la prima.

f) Ajustes al monto de la prima

En casos de alta o baja de Asegurados, la Institución cobrará o devolverá al Contratante la parte faltante de la prima o la que la exceda, respectivamente, calculada proporcionalmente al lapso comprendido entre la fecha del movimiento y la del vencimiento del Periodo de Seguro, de acuerdo con alguno de los siguientes sistemas de administración acordado por ambas partes:

- 1. Administración Normal.** Los ajustes por altas o bajas se harán cobrando o devolviendo, según corresponda, la parte proporcional de la prima por los días transcurridos de la fecha del movimiento a la fecha de pago de la Póliza; dichos ajustes se realizarán al momento del ingreso en la Colectividad Asegurada para las altas y en caso de bajas, al recibir su notificación.
- 2. Administración Simplificada.** Los ajustes por altas o bajas se harán cobrando o devolviendo, según corresponda, la parte proporcional de la prima por los días transcurridos de la fecha del movimiento a la fecha de pago de la Póliza; dichos ajustes se realizarán cuando se efectúe la renovación de la Póliza en caso de ser el pago anual, o bien al momento de realizar el pago de prima fraccionada correspondiente.

5. Residencia

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta Póliza los Asegurados que residan habitualmente dentro de la república mexicana.

El Contratante y/o el Asegurado titular tienen la obligación de notificar a la Institución, el lugar de residencia de sus dependientes económicos Asegurados cuando éstos vivan en un domicilio diferente al suyo.

En caso de que algún Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 meses y haya contratado la cobertura en el extranjero, deberá avisarse anticipadamente a la Institución, a fin de que se calcule y emita el importe de la extraprima correspondiente. Si el Asegurado no da aviso de este hecho o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la república mexicana no será cubierto por la Póliza.

La Institución podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la reclamación para atención fuera del territorio nacional.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

6. Territorialidad

Los gastos médicos deberán ser erogados por servicios prestados dentro de la república mexicana. En caso de contratar la “Cobertura amplia en el extranjero” o la “Cobertura de atención médica por urgencia en el extranjero”, numerales 1 y 3, cláusula VII, los gastos médicos erogados por servicios prestados fuera del territorio nacional deberán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas.

7. Moneda

Los pagos que el Contratante y la Institución deban hacer conforme a esta Póliza, se liquidarán en moneda nacional de acuerdo con la Ley Monetaria vigente.

V. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Para efectos de esta Póliza, se entenderán como gastos médicos cubiertos aquellos que se eroguen como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la Póliza para la atención médica de cualquier miembro de la familia Asegurada en territorio nacional por motivo de:

1. Honorarios médicos

a) Por consulta

Honorarios por consultas y visitas médicas como máximo una por día de acuerdo al tabulador de honorarios médicos. Los honorarios por interconsulta de Médico especialista se cubrirán siempre y cuando la consulta sea solicitada por el Médico tratante para el manejo integral de la enfermedad o accidente amparado.

b) Por intervención quirúrgica

Honorarios de Médicos y de sus asistentes por servicios profesionales prestados en las intervenciones quirúrgicas que hayan efectuado, incluyendo las consultas postoperatorias, hasta 15 días posteriores al alta hospitalaria, siempre que los Médicos no sean familiares en primer grado del Asegurado; entendiéndose por éstos, padres, hermanos, cónyuge e hijos.

Los Gastos Médicos Cubiertos no excederán, en total, de la suma asegurada Máxima para Gastos Quirúrgicos, ni en cada sesión quirúrgica realizada de los siguientes límites.

c) Honorarios del cirujano

El límite de honorarios por este concepto será la cantidad mencionada en el tabulador de honorarios médicos. Dentro de este límite se incluyen las consultas postoperatorias, hasta 15 días posteriores al alta hospitalaria.

Este límite se podrá modificar en los siguientes casos:

1. Cuando se efectúe una sola intervención, el pago máximo que corresponda a la que haya sido efectuada conforme al Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos.
2. Si en una sola sesión quirúrgica se realizan dos o más operaciones ya sea en el mismo campo quirúrgico o a través de la misma incisión sólo se hará el pago que corresponda a aquella de las intervenciones efectuadas cuyo importe sea el mayor en el tabulador.
3. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en distintos campos quirúrgicos o a través de diferentes incisiones, el pago total se hará, considerando las cantidades indicadas en el tabulador, al 100% de la intervención quirúrgica de mayor importe añadiéndose el 50% de las demás intervenciones efectuadas.
4. En caso de que en una segunda intervención quirúrgica se haya requerido la intervención de otro cirujano de diferente especialidad, los honorarios del segundo cirujano se pagarán al 100% conforme al tabulador.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

5. Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos, de los cuales solamente uno esté cubierto, se pagará el 100% de los honorarios médicos del padecimiento cubierto y el 60% del total de la factura hospitalaria.
6. En el caso de politraumatizados consecuencia de un accidente amparado, cada una de las intervenciones quirúrgicas necesarias para su tratamiento serán cubiertas al 100%.
7. En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen por enfermedad o accidente amparado den lugar a procedimientos completos, para la aplicación de los numerales 1, 2 y 3 anteriores, debe entenderse que el pago máximo por dicho procedimiento será el que se indica en el Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos, en forma independiente a que se efectúen una o más intervenciones.
8. Si hubiera necesidad de una nueva intervención y ésta se practicara dentro de las veinticuatro horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
 - a) En caso de una segunda intervención en que se requiere un cirujano de otra especialidad, a éste se le pagará al 100% según el tabulador.
 - b) Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos y sólo uno esté cubierto, se pagará el 100% del cubierto y el 60% del total de la factura.

d) Honorarios del anesthesiólogo

En cada intervención quirúrgica, se pagará hasta el 30% de los honorarios que correspondan al cirujano que hubiere practicado la intervención, conforme a los incisos anteriores.

e) Honorarios del ayudante

Los honorarios de los Médicos ayudantes se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% de lo pagado al Médico cirujano conforme lo mencionado en el inciso a) Por consulta, de este numeral.

f) Honorarios de enfermería

Quedarán cubiertos, vía reembolso y conforme al tabulador, los honorarios por visitas de enfermera(o) a domicilio con un máximo de tres turnos de 8 horas diarias, y hasta por 30 días en los casos que el Médico tratante determine que es médicamente necesario.

g) Honorarios por consultas y visitas médicas sobre la base de honorarios médicos o quirúrgicos

Se considerará como máximo una consulta o visita médica por día. Los honorarios por interconsulta de Médico especialista se cubrirán siempre y cuando la consulta sea solicitada por el Médico tratante para el manejo integral de la Enfermedad o accidente amparado. Se considerará como máximo una consulta o visita médica por día por especialidad.

2. Servicios auxiliares de diagnóstico

En caso de ser prescritos por el Médico tratante, quedan cubiertos los gastos derivados de análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro estudio indispensable para el diagnóstico y/o tratamiento del accidente o enfermedad cubierta.

3. Medicamentos

Los medicamentos que hayan sido prescritos por el Médico tratante y estén relacionados con el padecimiento amparado para su tratamiento, siempre que estén registrados como medicamentos en la Secretaría de Salud.

Para ello deberá acompañarse el recibo original de la farmacia con la receta correspondiente.

4. Ambulancia terrestre

Se cubrirán vía reembolso los gastos de ambulancia terrestre dentro de los límites de la república mexicana cuando el traslado, hacia o desde el hospital, sea médicamente necesario.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

5. Gastos hospitalarios

- a) Habitación privada estándar del Asegurado, incluyendo el costo del paquete de admisión al hospital.
- b) Alimentos requeridos por el Asegurado afectado durante su estancia en el hospital.
- c) Medicamentos y materiales de curación y cualquier otro insumo hospitalario, prescrito por el Médico tratante.
- d) Cama extra para un acompañante en la misma habitación.
- e) Sala de operaciones, recuperaciones, curaciones y urgencias.
- f) Terapia intensiva, terapia intermedia y cuidados coronarios.
- g) Adquisición y aplicación de sueros, sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo, incluyendo pruebas de compatibilidad sanguínea que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.
- h) Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología.

6. Otros conceptos cubiertos

Siempre que sean prescritos por el Médico tratante, se cubrirán los conceptos siguientes:

- a) Gastos originados por consumo de oxígeno.
- b) Gastos por tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia y otros semejantes, terapia intensiva, terapia intermedia y cuidados coronarios y rehabilitación física que no sean por motivos psicológicos o psiquiátricos.
- c) Renta de equipo necesario para la recuperación del Asegurado afectado, incluyendo cama manual tipo hospital, silla de ruedas manual, andaderas, muletas, bastones, auxiliares temporales externos de apoyo osteoarticular, ventiladores, respiradores artificiales o cualquier otro equipo mecánico usado para el tratamiento de parálisis respiratoria o para la administración de oxígeno.
- d) Compra de prótesis valvular cardiaca, marcapasos, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, implantes de titanio, lente intraocular, aparatos auditivos e implante coclear que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada, serán cubiertos hasta 4% de la suma asegurada con máximo de 44,000 UDIS de acuerdo al factor publicado por el Banco de México el 1° de enero del año de emisión de la Póliza en vigor; en el caso de zapatos ortopédicos, se cubrirá un máximo de dos pares al año.
- e) Sólo se cubrirán las prótesis, injertos y trasplantes por una única ocasión cuando sean necesarias como consecuencia de un evento cubierto.
- f) Se cubren las reposiciones de las prótesis vitales, siempre y cuando la primera colocación haya sido amparada por esta Póliza.
- g) En caso de tener que reemplazar una prótesis como consecuencia de un evento cubierto independiente al que originó la colocación de la prótesis, se considerará como un evento nuevo.
- h) Los gastos erogados por concepto de prótesis dental a dientes naturales como consecuencia de un accidente amparado.
- i) Tratamientos o intervenciones ocasionados por accidentes amparados sufridos mientras el Asegurado viaje en cualquier clase de aeronave perteneciente a una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para operar en rutas regulares.
- j) La ingestión de somníferos, barbitúricos, estupefacientes, alucinógenos y sustancias con efectos similares, siempre que sean prescritos por el Médico tratante.
- k) Gastos por lesiones sufridas por la práctica amateur o habitual, no profesional, de deportes que no impliquen un riesgo mayor a los enunciados en el numeral 2 de la cláusula VIII. EXCLUSIONES GENERALES, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte de la víctima.
- l) Tratamientos para fragmentar o desmenuzar un cálculo, conocidos como litotripsias.
- m) Se ampara todo tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis; todos ellos, padecimientos propios de la columna vertebral.
- n) Consultas por tratamiento psiquiátrico o psicológico hasta 24 consultas con un tope de \$25,000.00, solamente por las siguientes causas y siempre que a juicio del Médico tratante sean necesarias:

- Cáncer en fase terminal
- Insuficiencia renal crónica
- Accidente vascular cerebral con daño permanente

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

- Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass o exista daño neurológico irreversible
 - Amputación de al menos una mano o un pie a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta
 - Politraumatizado con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado
 - Víctima de asalto con violencia
 - Víctima de violación
 - Secuestro
 - Cuando se diagnostique a causa de estas enfermedades una invalidez total y permanente
- o) Cámara hiperbárica de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.
- p) Circuncisión a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada.

7. Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos cubiertos con condiciones específicas

a) Alveolares, gingivales o dentales

Aquellos que son requeridos por una urgencia médica a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza que afecte a dientes naturales, debiéndose presentar los resultados de estudios y/o radiografías que lo demuestren.

b) De carácter reconstructivo

Aquellos no cosméticos que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, sean necesarios para la recuperación de una función corporal, debiéndose presentar los resultados de estudios y/o radiografías (previas y posteriores) que lo demuestren.

c) Defectos visuales

Quedarán cubiertas las queratotomías para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, queratomileusis, epiqueratofaquia siempre que:

1. Exista un nivel mayor o igual a cinco dioptrías por padecimiento en cada ojo.
2. Exista una prescripción médica coordinada por la Institución a través de una segunda opinión, tal y como se establece en el inciso f) Opiniones Médicas, numeral 2, cláusula IX.

d) Uso de medicina alternativa

Están amparados los honorarios por cualquier tipo de tratamiento médico que sea realizado por quiroprácticos, acupunturistas y homeópatas, naturistas y vegetarianos, así como el tratamiento a base de hipnotismo o quelaciones, siempre y cuando los médicos cuenten con cédula profesional.

e) Cobertura del recién nacido

Tratándose de los hijos del titular y/o cónyuge que nazcan durante la vigencia de esta Póliza y que además cumplan con los dos siguientes requisitos:

1. La madre biológica tenga al menos diez meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento. **En este caso no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en el inciso e) Reconocimiento de Antigüedad, numeral 1, cláusula X.**
2. Se solicite el alta del recién nacido a la Institución dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

Quedarán cubiertos por padecimientos congénitos, prematuridad y por las complicaciones y/o padecimientos que se presenten desde el momento del nacimiento sin necesidad de presentar requisitos de asegurabilidad.

En caso de que no se cumpla alguno de los requisitos mencionados, su ingreso a la Póliza estará sujeto a lo dispuesto en el inciso a) Movimientos de Asegurados, numeral 1, cláusula X.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

Exclusiones

Esta cobertura no opera cuando se trate de:

- 1. Embarazos múltiples. Gastos originados por complicaciones del recién nacido como consecuencia de padecimientos y/o tratamientos no cubiertos para la madre Asegurada.**
- 2. No están cubiertos los gastos por padecimientos o malformaciones congénitas ni nacimientos prematuros cuando éstos sean provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad. Para la cobertura de los padecimientos congénitos no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en el inciso e) Reconocimiento de Antigüedad, numeral 1, cláusula X.**

VI. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Estos periodos de espera se aplicarán por padecimiento tomando en cuenta el tiempo transcurrido entre la fecha de alta de cada Asegurado y la fecha del primer gasto para la atención del padecimiento.

1. 0 días

Para urgencias médicas que se atiendan inmediatamente después del evento, siempre y cuando se deriven de padecimientos cubiertos o accidentes amparados.

2. Después de 30 días

Para todas las enfermedades contadas a partir de la fecha de inicio de vigencia de cada Asegurado. Esta limitación no opera en la renovación de la Póliza o tratándose de las siguientes enfermedades:

- Gastroenteritis infecciosa
- Intoxicación o choque alimentario
- Neumonía

3. Después de seis meses de vigencia

Se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 6 meses de vigencia continua e interrumpida con la Institución para cada Asegurado:

- Cataratas
- Enfermedades ácido pépticas y reflujo gastroesofágico
- Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares
- Litiasis
- Glándulas mamarias (incluyendo cáncer de seno)
- Hernias y eventraciones así como sus complicaciones (excepto hernias de disco)
- Padecimientos ginecológicos

4. Después de 10 meses

De 10 meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de cada Asegurada con respecto a la fecha probable de parto, para las siguientes enfermedades:

a) Complicaciones del embarazo o del parto

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste, se considerarán cubiertos, aplicando el Deducible, Coaseguro y los límites correspondientes a una enfermedad amparada, aquellos que son requeridos a causa de complicaciones del embarazo o del parto y que cumplan con las siguientes condiciones:

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

1. Se presente la nota quirúrgica así como los estudios clínicos, paraclínicos o histopatológicos que, en su caso, sustenten el diagnóstico.
2. La madre biológica esté cubierta por esta Póliza y tenga al menos 10 meses de cobertura continua con la Institución con respecto a la fecha probable de parto.
3. Que se trate de alguna de las siguientes complicaciones:

- Aborto involuntario
- Atonía uterina
- Embarazo anembrionario
- Embarazo ectópico o extrauterino
- Embarazo molar
- Fiebre puerperal
- Huevo muerto retenido
- Incompetencia ístmico cervical
- Placenta acreta
- Placenta previa central o total
- Preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia)
- Polhidramnios y oligohidramnio
- Síndrome de Hellp

El reconocimiento de antigüedad descrito en el inciso e) Reconocimiento de Antigüedad, numeral 1, cláusula X. no aplicará para cumplir el periodo de espera necesario para que opere la cobertura de estas complicaciones del embarazo.

5. Después del primer año de vigencia

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos si sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua:

- Afecciones de la columna vertebral y discos intervertebrales
- Amígdalas y adenoides
- De la estructura anatómica de la rodilla
- Degeneraciones articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (Hallux valgus)
- Insuficiencia venosa o várices
- Nariz y/o senos paranasales sólo serán cubiertos, previa valoración de ello al acto quirúrgico por parte del Médico designado por la Institución para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico, conforme a lo establecido en el inciso f) Opiniones Médicas, numeral 2, cláusula IX. En caso de accidente cubierto no hay periodo de espera. No se cubrirán los tratamientos con fines estéticos
- Padecimientos anorectales
- Trasplante de órganos

6. Después del quinto año de vigencia

Después de cinco años de vigencia con la Institución continua se cubrirán los gastos erogados por: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o sus complicaciones con el 10% de la suma asegurada contratada en la cobertura básica con máximo de \$500,000.

VII. COBERTURAS ADICIONALES

Las siguientes coberturas operan exclusivamente si en la carátula de la Póliza se indica que están amparadas y se realiza el pago correspondiente.

Todas las coberturas adicionales están sujetas a las exclusiones generales de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

1. Cobertura amplia en el extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura, se amparan los gastos erogados fuera del territorio nacional por lo que queda sin efecto la limitación mencionada en el numeral 6. Territorialidad, cláusula IV.

En esta cobertura no opera el beneficio de Pago Directo ni el de cirugía programada. La Institución solventará el reembolso de los gastos procedentes en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México, en el Diario Oficial de la Federación vigente a la fecha en que se erogan dichos gastos.

La suma asegurada, el Deducible y el Coaseguro para esta cobertura son los indicados en la carátula de la Póliza.

2. Ayuda por Maternidad

Mediante la contratación de esta cobertura, la Institución amparará los gastos médicos cubiertos en que incurra la Asegurada a causa de parto normal, la operación cesárea o por aborto no provocado.

Esta cobertura está sujeta a un periodo de espera de 10 meses continuos, transcurridos a partir de la contratación de la cobertura o del ingreso a la Póliza de la Asegurada. La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 15 años pudiéndose renovar hasta los 49 años.

La suma asegurada de este beneficio es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será la que rija durante la vigencia de la Póliza.

La suma asegurada, el Deducible y el Coaseguro para esta cobertura son los indicados en la carátula de la Póliza.

El reconocimiento de antigüedad generada en otra Aseguradora no aplica para el cumplimiento del periodo de espera de esta cobertura.

3. Cobertura de atención médica por urgencia en el extranjero

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, la Institución cubrirá, vía reembolso, dentro de los límites y bajo los términos mencionados en la carátula de la Póliza, los gastos erogados por los servicios médicos prestados en el extranjero según lo establecido en los tabuladores UCR (Usual, Customary & Reasonable; es decir, de uso común, acostumbrado y razonable) del país donde se atienda, a causa de una urgencia médica por Accidente o Enfermedad Amparada que reciba el Asegurado Titular o sus Dependientes Económicos Asegurados.

Será cubierta la urgencia médica en el extranjero, siempre y cuando:

- a) Se trate de una urgencia médica según los términos definidos en el inciso d) Urgencia Médica del numeral 3, cláusula II.
- b) Que dicha necesidad haya sido a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada, siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero mientras el Asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.
- c) Que dichos servicios se encuentren cubiertos por esta Póliza.
- d) Que el Asegurado haya notificado a la Institución el uso de servicios de urgencia médica dentro de los cinco días naturales siguientes a su utilización, salvo caso de fuerza mayor o caso fortuito, en los cuales la notificación se realizará una vez que concluya la situación.

Cuando a criterio del Médico tratante la atención médica de urgencia ya no sea requerida, cesará la cobertura de urgencia médica en el extranjero.

Esta Cobertura Adicional en ningún caso ampara los gastos de:

- a) Servicios médicos que no cumplan con la definición de urgencia médica.
- b) Servicios médicos por embarazo, parto, cesárea o complicaciones del embarazo.
- c) Tratamientos de rehabilitación y/o los servicios de enfermería fuera del hospital a los que deba someterse el Asegurado.

4. Actividades deportivas

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, la Institución amparará como accidente cubierto los gastos originados por la atención médica requerida por el Asegurado, consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la práctica amateur o recreativa, habitual, no profesional de cualquier actividad deportiva, incluyendo actividades deportivas extremas que sean llevadas a cabo bajo las medidas de seguridad, reglas y/o capacitación requeridos. La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 6 años pudiéndose renovar hasta los 49 años. La suma asegurada, el Deducible y el Coaseguro para esta cobertura son los indicados en la carátula de la Póliza.

5. Cobertura incremento al Tabulador

Mediante la contratación de esta cobertura, se puede incrementar, en el porcentaje contratado, la base del tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos. Esta cobertura opera para los gastos descritos en las cláusulas VI. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA y VII. COBERTURAS ADICIONALES, y para las coberturas adicionales que se encuentren contratadas, siempre y cuando el padecimiento se encuentre cubierto.

VIII. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza no cubre en su cobertura básica ni en sus beneficios adicionales:

- 1. Gastos realizados para obtener un diagnóstico o proporcionar tratamiento médico y/o quirúrgico, así como las complicaciones que se relacionen con:**
 - a) Mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético o reconstructivo, excepto las necesarias a consecuencia de accidentes cubiertos por la Póliza.**
 - b) Tratar la calvicie, alcoholismo, drogadicción, aumento o disminución de peso, obesidad o delgadez, acné y nevos.**
 - c) Estrabismo.**
 - d) Herbolaria.**
 - e) De accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento. Se considerará como prueba exámenes médicos y/o los documentos presentados con declaraciones donde conste que existían características o síntomas derivados de las sustancias antes mencionadas al momento del evento.**
 - f) Infertilidad, esterilidad, endometriosis, control de la natalidad, embarazo múltiple, así como el aborto voluntario ya sea provocado o inducido.**
 - g) Disfunción sexual y/o eréctil salvo que éstas se presenten como una complicación de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.**
 - h) Fines profilácticos o preventivos, curas de reposos o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como check-up, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos.**
 - i) Técnicas experimentales o de investigación.**
 - j) Trastornos psiquiátricos o psicológicos, de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, rehabilitación de la conducta o aprendizaje. Así como los relacionados con trastornos del sueño y el síndrome de fatiga crónica.**

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

- k) Salvo pacto en contrario, los Gastos Médicos erogados a consecuencia de enfermedades preexistentes.**
- l) Afecciones dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales salvo lo estipulado en el inciso a) Alveolares, gingivales o dentales, numeral 7, cláusula V.**
- m) Enfermedades congénitas, salvo lo estipulado en el inciso e) Cobertura del recién nacido, numeral 7, cláusula V.**
- n) Lesiones provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva o nuclear y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.**

2. Gastos por lesiones ocurridas a consecuencia de accidentes o actos intencionales del Asegurado por:

- a) Presentar servicio militar, naval, policial o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de actos de guerra, alborotos populares, motines, felonía, insurrecciones o rebeliones de cualquier país u organización de países, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público). Delitos o actos criminales en que participe el Asegurado como sujeto activo.**
- b) Riñas en que participe el Asegurado, siempre y cuando sea el provocador.**
- c) Salvo pacto en contrario, la práctica de deportes que implican un peligro superior. Se entenderá que la práctica de un deporte implica un peligro superior cuando el Asegurado practique:**
 - Charrería, rodeo o equitación en cualquiera de sus formas
 - Tauromaquia, cacería, pesca deportiva
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de motor, de cualquier tipo, donde participe como conductor, competidor o juez de pista
 - Ciclismo de pista, ruta o montaña y motociclismo en cualquiera de sus formas
 - Boxeo, full contact, lucha grecorromana, lucha libre, karate, taekwondo, judo y demás artes marciales y deportes de contacto
 - Salto bungee, paracaidismo, vuelo en globo aerostático o ala delta y deportes aéreos de riesgo
 - Montañismo, espeleología, rapel y esquí de montaña en cualquiera de sus formas
 - Buceo, esquí acuático, surfing, rafting y deportes acuáticos de riesgo
 - Fútbol americano o rugby
 - Deportes considerados como extremos
- d) Cuando viaje como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares; o bien participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, excepto cuando el viaje sea desempeñando funciones de trabajo y el vehículo sea proporcionado por la empresa para la cual presta sus servicios.**
- e) Lesiones autoinflingidas, suicidio o intento de éste, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gases de cualquier clase.**

3. Los gastos efectuados por los siguientes conceptos:

- a) Por internamiento en establecimientos no reconocidos como hospitales.
- b) Realizados por un acompañante, excepto los que se originen por cama extra.
- c) Realizados por el donador, ajenos al procedimiento quirúrgico, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que éste reciba.
- d) Del Asegurado en su carácter de donador de órganos.
- e) Por llamadas de larga distancia, caja fuerte, renta de películas, control remoto de televisión, artículos de uso personal.
- f) Medicamentos, tratamientos y/o estudios no relacionados con el padecimiento motivo de la reclamación.
- g) Complementos alimenticios (vitaminas, proteínas y leches) siempre que no tengan plena justificación o relación directa con el padecimiento de origen.
- h) Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la Póliza.
- i) Lentes de contacto y armazones de cualquier tipo, así como los cristales de lentes o anteojos y exámenes de la vista.
- j) Compra de zapatos, plantillas y similares.
- k) Cualquier complicación del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones no cubiertas o expresamente excluidas en esta Póliza.
- l) Partos, sin importar si son prematuros, eutócicos o distócicos, salvo que se contrate la cobertura "Maternidad".
- m) Lesiones que sufra el Asegurado por accidentes que sean consecuencia directa de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales por la ingesta de narcóticos, bebidas alcohólicas o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- n) Ozonoterapia.
- o) Climaterio, menopausia.

IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES**1. Aviso de accidente o enfermedad**

Cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificada por escrito a la Institución.

2. Reclamaciones**a) Reembolso**

El Asegurado que solicite un reembolso al amparo de esta Póliza, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en éstas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad. Junto con la reclamación, deberá exhibir las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y aquellas que le solicite la Institución, relativas al diagnóstico del accidente o enfermedad amparada, así como los gastos efectuados.

Los documentos que se exhiban por el reclamante en idioma extranjero deberán ser presentados con su correspondiente traducción al idioma español por un perito autorizado.

Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Institución una vez pagada la indemnización correspondiente.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier circunstancia o hecho relacionado con la reclamación, consultar las historias clínicas y diagnósticos, recetas médicas, estudios, radiografías, análisis, electrocardiogramas y demás elementos probatorios aportados por el reclamante, para determinar la procedencia de la reclamación.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes y datos, el obstaculizar las investigaciones o las comprobaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta Póliza, sea el Contratante, el Asegurado Titular o cualquiera de los Dependientes económicos Asegurados de éste, quienes incurran en las conductas descritas.

b) Cuantía del reembolso

Se calculará de acuerdo a la siguiente secuencia:

1. Se sumarán todos los gastos reclamados, separando los gastos procedentes de los no procedentes en función de cada concepto.
2. A la cantidad así obtenida se aplicarán los límites que para cada concepto se tengan establecidos, obteniéndose la indemnización correspondiente.
3. Al monto resultante se descontará la cantidad definida como Deducible en la carátula de la Póliza.
4. Al remanente así obtenido se aplicará el Coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de esta Póliza.

c) Pago de reclamaciones

La Institución pagará al Asegurado, o a quien éste designe, la indemnización que corresponda dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que acrediten la procedencia de la reclamación. En defecto del Asegurado, por muerte o incapacidad para el ejercicio de sus derechos civiles, el pago se hará a su sucesión o a quien acredite la legal representación del Asegurado incapaz, según corresponda. Cualquier prima vencida y no pagada podrá ser deducida de cualquier indemnización respecto a cada Asegurado.

d) Monto de la indemnización

El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos, según el plan contratado y zona geográfica. Cuando el Asegurado acceda o reciba servicios por accidente o enfermedad cubiertos en un hospital de clasificación superior al plan contratado, tendrá una penalización en el Coaseguro de 30 puntos porcentuales, en adición al Coaseguro contratado y serán aplicables sobre el total del gasto incurrido; es decir, no aplicará tope de Coaseguro.

En este caso no opera el beneficio de Pago Directo y cirugía programada.

El Contratante podrá cambiar a una Póliza con mayor cobertura sujetándose a las políticas vigentes de suscripción de la Institución pero se considerará, para el pago de gastos complementarios posteriores al cambio, las condiciones que tenía contratadas el Asegurado al momento en que ocurrió el primer gasto del accidente o enfermedad cubierta.

e) Beneficio de pago directo y cirugía programada

Este beneficio se otorga al Asegurado siempre y cuando la atención médica o quirúrgica de enfermedades o accidentes cubiertos en el contrato se lleve a cabo directamente con Médicos y hospitales de Red dentro de la república mexicana.

Para que se otorgue este beneficio, el tratamiento médico o quirúrgico deberá rebasar el Deducible contratado.

Este beneficio aplica sólo en hospitales de red y se extiende para la cirugía programada, siempre y cuando se realice la precertificación correspondiente a través del Médico supervisor.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

Se entiende como precertificación al hecho de que, en caso de tratamiento quirúrgico, el Asegurado:

1. Se comunique al CAT donde le indicarán los hospitales en los que opera el beneficio de cirugía programada y
2. Envíe a la Institución, por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos.

No se otorgará el beneficio de cirugía programada si:

1. El Asegurado se realiza un procedimiento quirúrgico adicional al autorizado y no cubierto por las condiciones de la Póliza.
2. Si tiene algún recibo de primas pendiente de pago.
3. Si el monto estimado de la cirugía a programar excede la suma asegurada disponible.

f) Opiniones médicas

Cualquier reclamación de gastos erogados para la realización de las cirugías que a continuación se mencionan, no procederá si no se cumple con el requisito de la segunda opinión, salvo en aquellos eventos que cumplan con la definición de urgencia médica.

1. Cirugía ortopédica para
 - Columna
 - Hombro
 - Túnel del carpo
 - Rodilla
 - Cadera
2. Intervención quirúrgica mayor
 - Cirugía cardiovascular
 - Neurocirugía
 - Cirugía de abdomen
 - Cirugía oncológica en padecimientos malignos
3. Cirugía de trasplantes
4. Cirugía de nariz y senos paranasales
5. Cirugía refractiva

Cuando el diagnóstico del Médico tratante sea diferente al del Médico de la segunda opinión, el Asegurado tiene derecho a solicitar una tercera opinión con el mismo procedimiento. Sólo en caso de que la primera y la segunda opinión coincidan en su diagnóstico, la tercera opinión no procede.

La Institución tendrá la opción de solicitar una segunda opinión en cualquier otro padecimiento que considere necesario.

g) Indemnización por mora

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 establecidos 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 **artículo 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.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

h) Subrogación de derechos

De conformidad con el **artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la Institución que pague la indemnización, daño sufrido correspondan al Asegurado. La Institución podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Institución concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil con la persona que haya causado el daño, o bien si es responsable de éste.

i) Restitución

El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a la Institución cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o falta de oportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta Póliza y la ley.

X. CLÁUSULAS

1. Cláusulas operativas

a) Movimientos de Asegurados

El Contratante deberá reportar por escrito los movimientos de inclusión (alta) y exclusión (baja) de miembros de la Colectividad Asegurada y de sus Dependientes económicos, de acuerdo a lo siguiente:

b) Altas

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 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 hubieran adquirido el derecho de formar parte de ésta, la Institución, dentro 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, contados 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.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Institución cobrará la prima correspondiente en proporción desde la fecha de ingreso hasta el próximo aniversario de la Póliza.

c) Bajas

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 cesando automáticamente los beneficios del seguro desde el momento de su separación, excepto para los gastos erogados por padecimientos cubiertos por la Póliza realizados antes de dicha separación. 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.

En los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Institución podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva de ésta, señalando sus características.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

En el caso de los seguros de colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral cuando exista cambio de Contratante, la Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad dentro de los treinta 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.

En cualquier caso, la Institución reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los **artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro de Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**.

d) Renovación

Este seguro podrá ser renovado en condiciones congruentes con las originalmente contratadas por periodos iguales, siempre y cuando si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito a la Institución en el que manifieste que no es su voluntad renovarlo, en cuyo caso no se cambiarán las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliarán periodos de espera o reducirán límites de edad ni solicitarán requisitos adicionales de asegurabilidad. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Institución, se entenderá como prueba suficiente de tal renovación.

La tarifa aplicable será la que rija en la fecha de renovación, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la suma asegurada y el Deducible se actualizarán en caso de que sean menores a los establecidos por la Institución como mínimos al momento de la renovación. La tarifa se incrementará anualmente en función de la edad alcanzada por el Asegurado, pudiendo ser significativa en edades avanzadas.

En caso de renovación de esta Póliza, la Red de Prestadores que incluye a los Médicos de Red y Hospitales de Red a través de los cuales la Aseguradora brinde los servicios médicos amparados en el presente contrato, será con una calidad, servicio y ubicación similar a la ofrecida al momento de celebrar la Póliza.

La Institución informará con al menos treinta días de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima, Deducible y Coaseguro aplicables a ésta.

e) Reconocimiento de Antigüedad

Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente hasta el momento de contratación de esta Póliza la protección de una o varias coberturas, en condiciones mayores o iguales a las solicitadas a la Institución, en ésta u otra Institución.

Para considerar un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante deberá comprobar a la Institución que durante ese periodo la prima de la(s) Póliza(s) en donde haya estado el Asegurado y/o el Contratante, fue(ron) pagada(s).

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

f) Rehabilitación

Si esta Póliza hubiese sido cancelada por falta de pago de primas, ésta se cancelará a partir de la fecha de inicio del periodo de seguro cuyo recibo no fue liquidado. Podrá ser rehabilitada siempre y cuando la Colectividad Asegurable cumpla con los requisitos del inciso c) Colectividad asegurable, de la cláusula I. DEFINICIONES, y el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se canceló el contrato y pague a la Institución todas las primas vencidas.

Satisfechas las condiciones anteriores, el seguro que ampara esta Póliza entrará en vigor desde la fecha de aceptación de la solicitud de rehabilitación por parte de la Institución agregando el endoso respectivo.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

g) Periodo al descubierto

Tiempo durante el cual el Asegurado no tenía vigente alguna Póliza de seguro de gastos médicos mayores. Asimismo, también se entenderá por periodo al descubierto al intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este contrato. Se genera por falta de pago de primas.

Su inicio coincide con el principio del periodo de seguro cuya prima no fue liquidada durante el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes que hayan iniciado durante este periodo ni los gastos erogados durante éste.

Al momento de originarse un periodo al descubierto de treinta o más días, el Asegurado titular y los Asegurados que estén incluidos en el registro de la Póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando Asegurados en esta Institución o en otra Institución de seguros, cesando los efectos de la presente Póliza, incluyendo los pagos complementarios de siniestros en curso de pago ocurridos con anterioridad a dicho periodo.

2. Cláusulas contractuales

a) Modificaciones al contrato

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y la Institución.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme al **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 al presente contrato.

b) Omisiones e inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Institución, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (**artículos 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un siniestro, la Institución quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (**artículos 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Institución a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a la Institución por el Contratante.

La presente cláusula sólo aplicará a los Asegurados que den su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada, de conformidad con el **artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**.

c) Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, conforme al **artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

d) Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, los consentimientos firmados por los miembros de la Colectividad Asegurada y los avisos de altas y bajas que conforme a esta Póliza deben efectuarse, la Institución elaborará un Registro de Asegurados para el periodo pactado. Dicho registro formará parte

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

de esta Póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, sexo, los beneficios contratados, la prima y la fecha de inicio de la cobertura respecto de cada Asegurado.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Institución a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Institución.

e) Competencia

En caso de controversia, el Asegurado y/o Contratante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada para la Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o, en su caso, podrá hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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 proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a la elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto en contrario, será nulo.

f) Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en 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 citada Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

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 la Institución haya tenido conocimiento de él y, si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya sido del conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

De acuerdo a lo establecido en los términos del **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, 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 presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa Institución, conforme lo dispuesto por el **artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

g) Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a la Institución por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos 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**.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

Conforme al **artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, el Contratante acepta que, en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le aplique las nuevas condiciones, pero si éstas traen como consecuencia para la Institución prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Institución cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Contratante, tendrán validez si se hacen en la última dirección que ésta conozca.

Durante la vigencia de la Póliza, el titular podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, le 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.

h) Entrega de documentación contractual

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 personal al momento de contratar el Seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que la Institución utilice para tal efecto.
3. Por Institución, a través de "Correo Electrónico" o cualquier otro medio que la Institución establezca e informe al Asegurado o Contratante.

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1 y en el caso de los numerales 2 y 3 dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 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 cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 desde toda la república mexicana. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso.

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 las siguiente liga www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

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

“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 04 de junio de 2013, con el número CNSF-H0704-0047-2012 y del día 08 de enero de 2019, con el número CGEN-H0704-0005-2018/CONDUSEF-000532-02”.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Empresarial

UNE BBVA Seguros Salud (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para expresar alguna inconformidad o mayor información sobre el producto de seguros vía correo electrónico a uneseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000 ext. 46115 desde toda la república mexicana.

Con domicilio en Mariano Escobedo 303 PB, (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto) Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del Centro de México).

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 a Clientes de la Institución al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 desde toda la república mexicana de lunes a viernes, de las 8:30 a las 16:00 hrs.
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 cuarenta y ocho 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-H0704-0003-2016/CONDUSEF-G00221001”.

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 esta protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si 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 lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bbvasegurossalud.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas

En caso de que ocurra el 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 en caso de 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 la queja ante 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 nuestro teléfono de atención desde toda la república mexicana (55) 9171 4000 ext. 97092 o escribe a bbvasegurossalud.mx@bbva.com

Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México) y el correo uneseguros2.mx@bbva.com

“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-H0704-0032-2015/CONDUSEF-G00217001”.

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs.
Desde toda la república mexicana: **(55) 9171 4000 ext. 97092**

Atención a Siniestros:

800 990 0952

Desde toda la república mexicana

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año