



Seguros Salud

Salud Empresarial Global

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO	5
III. OBJETO DEL SEGURO	5
IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO	6
V. GASTOS CUBIERTOS	10
VI. COBERTURAS OPCIONALES	12
VII. EXCLUSIONES GENERALES	16
VIII. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	18
IX. CLÁUSULAS	19
CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	26

CONDICIONES GENERALES

Salud 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 14 de febrero de 2020, con el número CNSF-H0704-0085-2019/CONDUSEF-004133-02”.

Contrato del seguro que celebran por una parte **BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México**, 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 Institución se obliga a cubrir los gastos erogados y/o generados por la prestación de los servicios médicos proporcionados mediante terceros y estén dirigidos a prevenir enfermedades y/o restaurar la salud en los términos establecidos en estas condiciones generales, y el Contratante se obliga al pago de la prima, al tenor de las siguientes definiciones y cláusulas.

I. DEFINICIONES

1. Participantes

Institución

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

Contratante

Persona física o moral que propone y solicita el seguro, y es responsable ante la Institución de la contratación y pago de la prima del seguro, así como solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza.

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.

Colectividad Asegurada

Los integrantes de la colectividad sobre los cuales se realiza la oferta de seguro. Se debe definir las características de las personas para pertenecer o no a la colectividad así como la relación con el Contratante de acuerdo con la definición establecida de común acuerdo entre el Contratante y **BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México**.

Titular

Miembro de la Colectividad Asegurada que por tal motivo ha otorgado su consentimiento para ser Asegurado.

Familia del Titular

Se entenderá como tal la constituida por el propio Titular, el cónyuge o concubina(o) del mismo, si son menores a la edad establecida en las políticas 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.

Dependientes

El Titular podrá ampliar la cobertura de esta Póliza, cuando el Contratante así lo proponga, a efecto 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 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.

Asegurados

Todos los miembros de la Colectividad Asegurada Titulares o Dependientes.

2. Contrato

Contrato de seguros

La carátula de la Póliza, las condiciones generales y cláusulas adicionales, se emiten en consideración a las solicitudes y a las declaraciones formuladas en los cuestionarios médicos para la apreciación del riesgo de los Asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Institución.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

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.

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, en el apartado forma de pago.

Mala fe

Se define como la disimulación del error por parte del Asegurado y/o Contratante, una vez que lo ha conocido.

Dolo

Se define como cualquier sugestión o artificio que sea empleada por el Asegurado y/o Contratante para inducir a error o mantener en éste a la Institución.

Domiciliación bancaria

Es el servicio de cobro automático de la prima a cargo de una cuenta, otorgada por el Contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella, en caso del pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

3. De las coberturas

Medicamento

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético, que tenga efecto terapéutico y/o preventivo, autorizadas para su uso por la Secretaría de Salud.

a) Listado de medicamentos de la Institución

Relación de medicamentos aprobada por la Institución, elaborada con base en los medicamentos de patente y/o genéricos intercambiables con efecto terapéutico y/o preventivo, autorizados para su uso por la Secretaría de Salud, necesarios para el tratamiento de los servicios que se encuentren cubiertos por esta Póliza.

b) Urgencia médica

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparados, que de no realizarse comprometería la vida, la función o la integridad corporal del Asegurado.

c) Participación del asegurado en el costo del evento

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

Copago, deducible, coaseguro

Cantidad fija y/o variable establecida en la carátula de esta Póliza que representa una del valor de los servicios prestados por el Proveedor de la Red, mismos que deberá pagar en efectivo a dicho proveedor en el momento de recibir cada servicio.

d) Suma asegurada

Obligación máxima de la Institución por cada uno de los asegurados en esta Póliza de acuerdo con las coberturas contratadas a la fecha de inicio del mismo.

4. De las reclamaciones

Centro de Atención Telefónica (CAT)

El lugar donde se brinda el servicio de asistencia telefónica, a nivel nacional, las 24 horas del día y 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.

Coordinador Médico

Médico designado por la Institución, para supervisar y autorizar los servicios cubiertos en esta Póliza.

II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO

1. Red

Listado de proveedores afiliados a la institución, que tienen por objeto proporcionar los servicios cubiertos.

2. Proveedores de la red

Prestadores de servicios médicos, incluyendo los de diagnóstico y de apoyo terapéutico, vinculados con la Institución por convenios, que tienen por objeto proporcionar a los Asegurados los servicios cubiertos por esta Póliza.

Médico

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente emitida por la autoridad competente para ello, que no sea familiar de los Asegurados por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado.

Médico de la red

Médico vinculado con la Institución por convenio para proporcionar al Asegurado, la atención médica y/o quirúrgica que se encuentren cubiertas en esta Póliza.

Médico de primer contacto (MPC)

Médico de la Red elegido por el Asegurado dentro de los que aparecen en el directorio de proveedores proporcionado por la Institución, responsable de brindar el primer nivel de atención médica y prestar parte de los servicios cubiertos, además de referir a los Asegurados con los demás proveedores de la Red. Sólo podrán ser considerados como MPC: médicos familiares, generales, pediatras y ginecólogos.

Farmacia de red

Establecimiento que cuenta con las licencias sanitarias correspondientes expedidas por la Secretaría de Salud para comercializar medicamentos y que se encuentra vinculado con la Institución por convenio para proporcionar al Asegurado los medicamentos que se encuentren cubiertos en esta Póliza.

Odontólogo de primer contacto

Odontólogo de la Red elegido por el Asegurado dentro de los que aparecen en el directorio de proveedores proporcionado por la Institución, responsable de prestar parte de los servicios cubiertos y/o referir al Asegurado con los demás proveedores de la Red.

III. OBJETO DEL SEGURO

Está dirigido a cubrir los gastos erogados y/o generados para la prestación de los servicios médicos mediante los prestadores de servicios afiliados a la Red, proporcionados durante la vigencia de la Póliza y que estén dirigidos a prevenir enfermedades y/o restaurar la salud en los términos establecidos en estas condiciones generales.

El producto contempla las siguientes coberturas:

Coberturas obligatorias

- Básica
- Urgencia médica

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

Coberturas opcionales

- Ambulancia terrestre
- Maternidad
- Medicamentos
- Dental

IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO

1. Bases del contrato

Esta Póliza, y en su caso las cláusulas que a la misma 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 del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso a 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 la realización del siniestro, como lo previenen los **artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro**.

La presente cláusula sólo se aplicará a los Asegurados que se den de alta después de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

2. Edad

Edad mínima y de máxima aceptación

El Contratante podrá solicitar la inclusión a esta Póliza de aquellos miembros que cumplan con la definición de Colectividad Asegurada.

La edad mínima de aceptación es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 64 años, para todas las coberturas.

Edad de última renovación

Mientras continúen con la definición de Colectividad Asegurada, se podrán renovar las Pólizas de este seguro hasta los 99 años de edad, para las renovaciones continuas e ininterrumpidas, siempre y cuando cumplan con la definición de Colectividad Asegurable y/o se cumpla con las políticas establecidas por la Institución.

Comprobación de la edad

La Institución se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento y a su entera satisfacción, 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.

Consecuencias de una inexacta declaración de la edad

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de los asegurados, ésta los hubiere colocado 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 pagará 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. Las primas correspondientes a los periodos siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
3. 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.

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

3. Vigencia

Inicio de vigencia

Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la Póliza surtirán plenamente sus efectos a partir de las 12 horas de la fecha inicial de vigencia plasmada en la carátula 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.

Término de vigencia

Cesarán los efectos de esta Póliza, respecto a todos los miembros de la Colectividad Asegurada, a partir de las doce horas del último día del periodo del seguro contratado. Así mismo:

- a) Para el Titular y sus Dependientes a partir de la separación del primero de la Colectividad Asegurada.
- b) Para cada uno de los Dependientes del Titular, a partir de que dejen de depender económicamente del Titular.
- c) Para los hijos del Titular, a partir del siguiente aniversario en que cumpla la edad de 25 años, o en el momento en que contraigan matrimonio civil.

Periodo del seguro

Las partes convienen expresamente en que el periodo del seguro contratado será por un año pudiendo renovarse por periodos iguales.

Alcance de la obligación de la aseguradora

La Institución estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

- Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica;
- Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

4. Primas

Importe de la prima

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 sexo. 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.

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.

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 la misma, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

Periodo de gracia

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales a partir del vencimiento para liquidar el total de la prima o la fracción pactada en el contrato. Los efectos del Contrato cesarán automáticamente si a las doce horas del último día del periodo de gracia el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la Póliza, quedando el pago de los siniestros que resultaran 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.

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.

Ajuste 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:

- **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.
- **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. Reembolso

Serán reembolsados el o los costos de los servicios médicos erogados por el Asegurado, previa acreditación mediante la exhibición de las facturas correspondientes, respecto de los servicios médicos que haya necesitado en los casos de urgencia médica, en los términos que establezca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, siempre y cuando el proveedor de la Red no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el presente contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Para tales fines, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el asegurado haya asistido previamente el proveedor de la Red y, por falta de un diagnóstico acertado, haya requerido la atención de los servicios médicos adicionales de una institución que no forma parte de la Red de Proveedores.

Procedimiento para el reembolso

El Asegurado deberá llenar y presentar a la Institución el formato de Solicitud de Reembolso, al cual agregará los informes médicos, estudios de laboratorio, imagenología, gabinete, el documento expedido por el médico de primer contacto o médico especialista, el pase a farmacia y/o receta que le prescribieron que se hubieren practicado para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o lesión, historias clínicas, notas de evolución, al igual que las facturas y/o recibos de honorarios originales que reúnan los requisitos fiscales vigentes, así como los demás documentos e informes que sean requeridos conforme al **artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

Una vez que el Asegurado presente a la Institución, por sí o por conducto de su representante legal, la documentación solicitada, la Institución contará con un plazo de treinta días siguientes a la fecha de recepción para realizar el pago que corresponda o determinar lo que proceda sobre la solicitud.

La cuantía del reembolso se calculará de acuerdo al siguiente procedimiento:

- 1) Se sumarán todos los servicios requeridos por el Asegurado, ajustándolos a los límites establecidos en el tabulador médico de la Institución.
- 2) A la cantidad resultante se descontará, el copago, deducible o coaseguro de acuerdo a lo establecido en la carátula de esta Póliza.

Para conocer el monto a reembolsar por parte de la Institución, el Asegurado podrá consultar la base del tabulador médico que se utilizó para dicho cálculo, llamando al teléfono del CAT.

6. Residencia

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

7. Territorialidad

Los gastos médicos deberán ser erogados y/o generados por servicios prestados dentro de la república mexicana.

8. Moneda

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

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

V. GASTOS CUBIERTOS

1. Cobertura básica

Descripción

La Institución se obliga a cubrir los gastos erogados y/o generados por la prestación de los servicios médicos dirigidos a prevenir enfermedades y restaurar la salud que reciba el Asegurado, proporcionando los servicios cubiertos prestados por los proveedores de la Red, aún cuando estos padecimientos sean preexistentes, siempre que y según corresponda:

- a) Paguen a dichos proveedores el copago, deducible o coaseguro que corresponda, conforme a lo descrito en la Póliza.
- b) Sean prescritos por el MPC, o por los demás proveedores de la Red referidos previamente por aquel.
- c) Sean supervisados por el coordinador médico.
- d) A criterio del médico de la Red, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso.

En este seguro no hay restricciones de preexistencias, ni periodos de espera así que tendrás acceso a los servicios médicos desde el primer día, de esta manera, contarás siempre con servicio médico los 365 días del año.

Servicios cubiertos

Programas preventivos

Cada Asegurado tendrá derecho en cada programa a dos consultas cada doce meses con su MPC o médico designado en el programa para la administración de los programas preventivos aplicable según el sexo y edad del Asegurado. Los servicios preventivos que cubre esta Póliza son los que a continuación se mencionan:

- a) Programa del niño sano
Aspectos que incluye el programa:
 - Consultas con el pediatra para vigilancia del desarrollo y crecimiento: historia clínica (peso y talla) con exploración física, según la edad del niño.
 - Aplicación de vacunas de acuerdo al número y tiempos establecidos en la Cartilla Nacional de Vacunación.
 - Vacuna contra hepatitis B, según la edad del niño.

- b) Programa de salud para la mujer
Aspectos que incluye el programa:
 - Prevención y control del cáncer cérvico-uterino, Papanicolaou una vez al año
 - Prevención y control del cáncer mamario, cuando sea médicamente indicado, o una vez al año para mujeres mayores de cuarenta años
 - Detección oportuna de hipertensión arterial, dos tomas al año
 - Detección oportuna de diabetes mellitus, una prueba al año

Se atenderá y dará continuidad a los aspectos de este programa en la siguiente manera:

- 1) En la primera cita, el MPC la evaluará y la remitirá a los estudios médicamente indicados (Papanicolau y mastografías en mujeres mayores de cuarenta años).
- 2) En segunda cita, el MPC interpretará los resultados y de ser necesario, establecerá tratamiento correctivo o planteará la necesidad de un tratamiento prolongado.

En lugar del MPC, será el ginecólogo el médico que aplique este programa; el acceso al ginecólogo es en forma directa dos veces al año.

- c) Programa de salud para el hombre
Aspectos que incluye el programa:

- Detección oportuna de hipertensión arterial, dos tomas al año
- Detección oportuna de diabetes mellitus, una prueba al año
- Detección de problemas de próstata, cuando sea médicamente indicado o un estudio al año cuando sean hombres mayores a cuarenta años

Se atenderá y dará continuidad a los aspectos de este programa en la siguiente manera:

- 1) En la primera cita, el MPC lo evaluará y la remitirá a los estudios médicamente indicados (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y, en hombres mayores de cuarenta años, antígeno prostático).
- 2) En segunda cita, el MPC interpretará los resultados y de ser necesario, establecerá tratamiento correctivo o planteará la necesidad de un tratamiento prolongado.

Cualquier servicio no especificado en los programas anteriores, deberá ser prestado y/o referenciado por el MPC.

Servicios restaurativos

Los servicios restaurativos de la salud que cubre esta Póliza son los que a continuación se especifican y están sujetos a la obligación del Asegurado de efectuar el copago, deducible o coaseguro a su cargo, descritos en la carátula de la Póliza. El número de servicios en este rubro se encuentra limitado a la suma asegurada:

- a) Servicios proporcionados por un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad o lesión.

Los servicios que se proporcionan en términos de este apartado incluyen:

- Atención médica en el consultorio
- Consulta con médicos especialistas, siempre y cuando sean referidos por el MPC

- b) Servicios de laboratorio
Este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del MPC o médico especialista.

- c) Servicios de imagenología y gabinete convencional
Servicios de radiología convencional, incluyendo mas no limitado a rayos X y otros similares en cuanto a su costo, bajo prescripción del MPC o médico especialista

Todas las autorizaciones serán obtenidas a través del coordinador médico del CAT.

2. Urgencia médica

Descripción

La Institución se obliga a reembolsar los gastos realizados por los conceptos amparados por urgencias médicas, es decir, por la necesidad de suministrar inmediatamente al Asegurado los servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función de un órgano o la integridad corporal del Asegurado.

Todos los servicios deberán ser proporcionados por los proveedores de la Red. El costo de dichos servicios médicos será reembolsado sujeto a la suma asegurada contratada por persona por año y al tabulador médico de la Institución.

Los servicios médicos serán reembolsados siempre y cuando se justifique que:

- a) Se cumpla con la definición de una urgencia médica, entendiéndose por ésta la necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función de un órgano o la integridad corporal del Asegurado.
- b) No requiera ingreso hospitalario ni uso de la sala de cirugías.

El proceso de reembolso se realizará de acuerdo a lo señalado en el apartado Procedimiento para el reembolso.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

Servicios cubiertos

Los servicios cubiertos por la presente cobertura, son:

1. Consulta médica, material de curación y medicamentos necesarios para el estado de urgencia.
2. Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología.
3. Uso de la sala de urgencias médicas, en tanto no se requiera hospitalización médica. El pago de tales servicios se efectuará después de que la Institución haya comprobado el estado de urgencia.

Si durante una urgencia médica se requiere de hospitalización y/o del uso de la sala de cirugías, **no se cubrirá el costo de estos servicios**. Estos gastos estarán a cargo del Asegurado.

Si el Asegurado desea acceder a los proveedores de la Red para la atención de la urgencia médica podrán comunicarse al CAT cuyo número telefónico se encuentra al reverso de la credencial de Asegurado.

El Asegurado debe notificar a la Institución el uso de servicio de urgencia en el curso de los primeros cinco días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno y otro.

El seguimiento de un tratamiento o continuación del cuidado médico subsecuentes a los servicios de urgencia, deben ser coordinados por el MPC. En caso contrario, el Asegurado pagará el uso de estos servicios.

Exclusiones particulares de la cobertura

En ningún caso para la cobertura, quedarán cubiertos los gastos erogados y/o generados derivados de:

1. **Cualquier servicio a causa de maternidad, incluyendo consultas prenatales y postnatales**
2. **Ambulancia aérea o terrestre**
3. **Trasplantes de órganos y gastos médicos del donante, ni tampoco gastos por servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones**
4. **Queratotomía o queratectomía, ni tampoco servicios derivados de sus consecuencias y/o complicaciones**
5. **Tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocidos como litotripsias, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones**
6. **Estudios especiales de imagenología, tales como: radiografía con método de contraste, resonancia magnética, estudios angiográficos, tomografía axial computarizada, cateterismo cardiaco**
7. **Cualquier tipo y clase de cirugía, entendiendo como cirugía, cualquier intervención quirúrgica realizada a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano**
8. **Servicios hospitalarios, incluyendo aquellos ambulatorios**
9. **Medicamentos, excepto si son necesarios para el estado de urgencia**

VI. COBERTURAS OPCIONALES

Con la contratación de la(s) cobertura(s) opcional(es), la Institución se obliga a proporcionar al Asegurado los servicios cubiertos dentro de los límites y bajo los términos establecidos para la(s) cobertura(s) en cuestión, para lo cual será indispensable que:

- 1) La Póliza se encuentre vigente.
- 2) Sean prescritos para la atención médica y/o tratamiento de servicios cubiertos por la Póliza.
- 3) El Asegurado cubra el copago, deducible o coaseguro que corresponda, descritos en la Póliza.

1. Ambulancia terrestre

Descripción

La Institución se obliga a cubrir, dentro de los límites y bajo los términos de esta cobertura, ya sea por urgencia o cuando sea médicamente necesario, el traslado del Asegurado por ambulancia terrestre, siempre y cuando el servicio sea otorgado por un proveedor de la Red, para la atención médica y/o tratamiento de los servicios cubiertos por esta Póliza.

Servicios cubiertos

Los servicios cubiertos son:

1. Los servicios de transportación en ambulancia terrestre desde el lugar del accidente o del lugar donde se encuentre el Asegurado hasta cien kilómetros o al centro médico más cercano, siempre que sea autorizado y coordinado por el CAT.
2. En caso de requerir traslado en ambulancia de hospital a hospital o de hospital a la casa del Asegurado, se deberá cumplir con las siguientes condiciones:
 - a) Sea prescrito y solicitado al CAT por el médico tratante de la Red de Proveedores.
 - b) La condición física del Asegurado al egreso del hospital requiera de cuidado en su traslado en ambulancia

Para estos dos incisos, se tiene que realizar el copago descrito en la Póliza.

Exclusiones de la cobertura

En ningún caso para la cobertura de Ambulancia terrestre, quedarán cubiertos los gastos erogados y/o generados derivados de:

1. Traslados proporcionados en casos de senilidad o deterioro cerebral.

2. Maternidad

Descripción

La Institución se obliga a proporcionar los servicios que se mencionan en esta cobertura cuando sean solicitados a los proveedores de la Red, siempre que y según corresponda:

1. Paguen a dichos proveedores, el copago y/o coaseguro que corresponda, descritos en la carátula de la Póliza.
2. Sean prescritos por el médico especialista, o por los demás proveedores de la red referidos previamente por aquél.
3. A criterio del médico de la Red, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso.

En lugar del MPC, será el ginecólogo el médico que preste y prescriba los servicios que se mencionan en esta cobertura. Los servicios cubiertos son los que a continuación se especifican y estarán cubiertos hasta agotar la suma asegurada de esta cobertura.

Servicios cubiertos

Estos servicios serán prestados únicamente a la Asegurada (**se excluyen gastos médicos erogados por el recién nacido**), el servicio de maternidad incluye:

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

1. Consultas prenatales para el embarazo normal y de alto riesgo
2. Consultas postnatales
3. Dos ultrasonidos durante el periodo de embarazo
4. Este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del ginecólogo

Exclusiones particulares de la cobertura

En ningún caso para la cobertura de Maternidad, quedarán cubiertos los gastos erogados y/o generados derivados de:

- 1. Consultas no relacionadas con el embarazo y cualquier tipo de gasto derivado del y para el recién nacido**
- 2. Medicamentos**
- 3. Uso y servicios de sala de urgencias médicas**
- 4. Servicios de ambulancia terrestre o aérea**

3. Medicamentos

Descripción

La Institución se obliga a proporcionar los medicamentos que reciba el Asegurado siempre que:

1. Sean prescritos por un médico de la Red en un Pase a Farmacia de la Red.
2. Sean surtidos en una farmacia de Red.

Procedimiento para el suministro de medicamentos

1. El Asegurado deberá acudir a una farmacia de Red presentando el Pase a Farmacia de la Red y su credencial de Asegurado. En caso de no presentar tales documentos, la farmacia de red no tendrá obligación de surtir la receta.

De no existir la totalidad de los medicamentos especificados en el Pase a Farmacia de la Red, el Asegurado deberá acudir a otra farmacia de Red. En ningún caso podrá aceptar vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptar el surtido parcial de la receta.

2. El Asegurado debe adquirir los medicamentos en un lapso no mayor a los siguientes siete días naturales.

Exclusiones particulares de la cobertura

En ningún caso para la cobertura de Medicamentos, quedaran cubiertos los gastos y/o generados derivados de:

- 1. Medicamentos surtidos en farmacias que no pertenezcan a la Red de Proveedores, excepto cuando sean medicamento necesarios para el tratamiento de una urgencia médica, según lo definido en la Póliza, siempre y cuando la urgencia médica sea cubierta por la Póliza**
- 2. Medicamentos de venta libre**
- 3. Medicamentos en fase de investigación o experimentales**
- 4. Vitaminas, minerales, suplementos nutricionales o dietéticos sin importar la prescripción médica, excepto vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro para niños cuando sean prescritos por un médico de la Red**

5. **Medicamentos para la reducción de peso, incluyendo supresores de apetito**
6. **Medicamentos anticonceptivos, así como: ungüentos, espumas, jaleas, condones, medicinas de implantación, dispositivos y diafragmas**
7. **Medicamentos o productos cuyo objetivo sea combatir la adicción al tabaco, drogas o alcohol**
8. **Productos cosméticos, de belleza u otros que se utilicen para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel; así como medicinas utilizadas para el tratamiento de la calvicie**
9. **Medicamentos para aumentar el desempeño atlético**
10. **Medicamentos prescritos que requieran ser reemplazados por haber sido perdidos o dañados**
11. **Medicamentos para tratamientos y procedimientos que no estén cubiertos por esta Póliza**
12. **Medicamentos que no estén en el listado de medicamentos de la Institución**
13. **Medicamentos adquiridos en el extranjero**
14. **La aplicación de medicamentos**

4. Dental

Descripción

La Institución se obliga a cubrir, mediante terceros, la prestación de los servicios dirigidos a prevenir enfermedades y/o restaurar la salud bucodental que más adelante se especifican, que reciban los Asegurados; siempre que el Asegurado:

1. Acuda con el odontólogo de primer contacto elegido del directorio de proveedores
2. Acuda con los proveedores de la Red que le indique el odontólogo de primer contacto
3. Obedezca los tratamientos prescritos por el odontólogo de primer contacto, en su propio beneficio
4. Haga buen uso de los servicios cubiertos, es decir, no permita que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho ilícito de tales servicios
5. Sean prescritos por el odontólogo de primer contacto y que, a criterio de este último, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso
6. Sean supervisados o autorizados por el coordinador médico.

Servicios cubiertos

Los servicios amparados por esta cobertura opcional son:

Servicios diagnósticos

1. Atención con el odontólogo
2. Radiografías periapical, oclusales y aletas de mordida
3. Serie radiográfica completa (14x) anual
4. Prueba de vitalidad pulpar

Servicios preventivos

1. Profilaxis dos veces por vigencia al Asegurado de catorce años o mayor
2. Profilaxis y aplicación tópica de flúor dos veces por vigencia a menores de catorce años

Servicios restaurativos

1. Atención médico dental en el consultorio
2. Amalgamas
3. Resinas simples
4. Curaciones sedativas
5. Reconstrucción con pin

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

6. Recubrimientos pulpar directo e indirecto
7. Tratamiento endodóntico en anteriores
8. Tratamiento endodóntico en premolares
9. Tratamiento endodóntico en molares
10. Onlays ó Incrustaciones metálicas
11. Drenaje de absceso intraoral
12. Pulpotomías
13. Extracciones simples

Odontopediatría

1. Atención médico dental en el consultorio
2. Amalgamas en dientes permanentes
3. Resinas simples en dientes permanentes
4. Curaciones sedativas
5. Aplicación de selladores de fisuras
6. Pulpotomías
7. Extracciones simples de dientes temporales, así como permanentes

Exclusiones particulares de la cobertura

En ningún caso para la cobertura Dental, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- 1. Prótesis fija y removible**
- 2. Cirugía oral con excepción de extracción simple**
- 3. Ortodoncia**
- 4. Traumatismo por accidente**
- 5. Fracturas dentales**
- 6. Servicios médicos y de hospital**
- 7. Cualquier servicio a causa de urgencia médica**
- 8. Medicamentos, anestesia general o sedaciones.**
- 9. Algún tratamiento que no esté especificado dentro de esta cobertura**

VII. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- 1. Servicios hospitalarios, incluyendo aquellos ambulatorios.**
- 2. Cualquier servicio de cuidados intensivos.**
- 3. Cuidados intensivos en el caso de maternidad y los cuidados intensivos neonatales.**
- 4. Servicios, productos y procedimientos experimentales o de investigación.**
- 5. Tratamientos fuera de la vigencia de esta Póliza.**
- 6. Salud reproductiva.**
- 7. Equipo médico de rehabilitación, órtesis y prótesis, fisioterapia y medicina física; terapia del lenguaje, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- 8. Servicios o productos proporcionados por proveedores no pertenecientes a la Red de Proveedores, salvo lo establecido en la sección "Reembolso."**
- 9. Procedimientos de fertilización in vitro y transferencia de embrión u óvulo; tratamientos por esterilidad relacionados con un padre sustituto; procedimientos de reversión de una esterilización voluntaria; medicamentos orales recetados**

- para el tratamiento de esterilidad; medicamentos anticonceptivos implantables, dispositivos o instrumentos anticonceptivos que no requieren receta; amniocentesis e inyecciones de hormona gonodotropina-coriónica (HCG).
10. Servicios dentales, incluyendo terapias de aplicación para el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ), servicios relacionados con la maloclusión o malposición de los dientes: ortodoncia; cuidado de los dientes, prótesis dentales, incrustaciones y obturaciones dentales; salvo lo establecido en la sección Dental del apartado Coberturas opcionales.
 11. Tratamientos quiroprácticos.
 12. Honorarios de enfermeras.
 13. La compra o renta de equipo, incluyendo: bicicletas para ejercicio, purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua, almohadas alergénicas, colchones, camas de agua o silla de ruedas eléctricas; compra o renta de escaleras eléctricas o elevadores, saunas, albercas y artículos para el hogar.
 14. Abastecimiento o reemplazo de aparatos auditivos.
 15. Lentes, incluyendo: de contacto, cristales, micas, intraoculares, así como los armazones y exámenes para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento.
 16. Honorarios de una persona que brinde productos, servicios o tratamientos relacionados con el cuidado en el hogar, para ayudar a caminar, acostarse, levantarse, bañarse, vestirse, preparación de dietas especiales.
 17. Pruebas dermoimmunológicas aunque estén orientadas al diagnóstico, así como las pruebas citotóxica, radioalergosorbente (RAST), determinación de la piel por titulación, auto-inyección de orina y pruebas de provocación y de neutralización para alergias.
 18. Abortos voluntarios ni sus consecuencias y/o complicaciones.
 19. Cuidados rutinarios del pie, incluyendo: limar callos, callosidades y uñas, excepto tratamientos médicamente necesarios por condiciones de circulación.
 20. Tratamientos contra la adicción a drogas, alcohol o tabaquismo, así como sus complicaciones y/o consecuencias directas o indirectas.
 21. Complicaciones derivadas o que puedan surgir durante o después de un tratamiento médico que cause adicción.
 22. Terapias alternativas, así como acupuntura, bioalimentación, hipnoterapia y terapia recreativa, educativa, manipuladora o de sueño. Terapia primaria, terapia de Rolf, psicodrama, terapia megavitamínica, terapia bioenergética, entrenamiento de percepción visual, terapia de dióxido de carbono o servicios relacionados con este tipo de tratamiento; y la medicina no alópata.
 23. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos, anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos así como las complicaciones que resulten de ellos; así como consultas, cuidados o tratamientos nutriólogos.
 24. Servicios para la enseñanza de niños atrasados, así como la evaluación o tratamientos de problemas de aprendizaje o disfunciones mínimas del cerebro o trastornos de desarrollo y aprendizaje; pruebas de diagnóstico relacionadas con problemas del comportamiento, así como su entrenamiento y rehabilitación cognoscitiva, demoras en el desarrollo y trastornos por falta de concentración.
 25. Cuidados, tratamientos e internamientos para la salud mental, así como cuidados o tratamientos psiquiátricos, psicológicos u otros para desórdenes emocionales o mentales.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

26. **Procedimientos o tratamientos destinados a alterar las características físicas del sexo biológico de un Asegurado por las características del sexo opuesto.**
27. **Consultas, terapias, tratamientos productos o asesorías para disfunciones o adecuaciones sexuales.**
28. **Gastos erogados por el tratamiento de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) y sus complicaciones, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi y las derivadas de su evolución.**
29. **El comercio o transportación de órganos y tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.**
30. **Servicios prestados en el extranjero.**
31. **Servicios médicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consanguinidad, afinidad y civil con el Asegurado.**
32. **La adquisición de Medicamentos; cualquier tipo de medicamentos, salvo lo establecido en la sección Medicamentos del apartado Coberturas opcionales.**
33. **Los estudios prenupciales o de ingreso a la institución contratante o cualquier otra institución que requiera el Asegurado.**
34. **Lesiones causadas por culpa grave del Asegurado a causa de los efectos del alcohol, estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.**
35. **Lesiones sufridas en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por culpa grave del Asegurado por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales.**
36. **Lesiones o enfermedades sufridas a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia.**
37. **Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado, o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.**
38. **Cirugía cosmética o plástica y sus consecuencias y complicaciones.**
39. **Plantillas ortopédicas de cualquier material.**
40. **Las enfermedades o malformaciones congénitas que requieran hospitalización y/o cirugía.**
41. **Radioterapia y quimioterapia.**
42. **Cualquier tipo y clase de cirugía.**

VIII. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

1. Obligaciones del Contratante

1. **Pagar oportunamente las fracciones de la prima y los ajustes por movimientos de acuerdo a la forma de pago contratada.**
2. **Remitir a la Institución, dentro de los 5 días naturales siguientes a la recepción, los consentimientos para las inclusiones (altas) y reportar las exclusiones (bajas) de los Asegurados.**
3. **Dar aviso a la Institución de cualquier cambio de actividad que se opere en la situación de los Asegurados, dentro del término de 15 días, contado a partir del día siguiente a que se genere el cambio respectivo.**
4. **Dar aviso a la Institución cuando hubiere cambio de Contratante, dentro de los 5 días hábiles siguientes a que se hubiere efectuado el cambio.**
5. **Reintegrar a la Institución cualquier pago que ésta hubiere realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en los avisos que deba dar a la Institución conforme a este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.**

El Contratante contará con un término de 5 días hábiles, contados a partir del día siguiente al del requerimiento, para reintegrar a la Institución la cantidad que a causa de su omisión o negligencia hubiese pagado ésta.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a la Institución a dar por rescindido este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

Obligaciones del Asegurado

En caso de que el Asegurado desee recibir los servicios cubiertos, por conducto de la Red de Proveedores deberá:

1. Acudir con el MPC elegido del Directorio de Proveedores
2. Acudir con los proveedores de la Red que le indique el MPC para recibir los servicios cubiertos
3. Obedecer los tratamientos prescritos por el Médico de la Red, en beneficio del Asegurado
4. Hacer buen uso de los servicios cubiertos. Es decir, no permitir que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho ilícito de tales servicios.
5. Efectuar los copagos, deducibles o coaseguros a su cargo en los casos que se establecen en esta Póliza conforme a los descritos en la carátula de la misma por cobertura

IX. CLÁUSULAS

1. Operativas

Movimiento 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:

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 30 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 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los 30 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 30 días naturales, contado 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.

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 del mismo, señalando sus características.

CONDICIONES GENERALES

Salud 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 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las 12 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**.

Renovación automática

Este seguro podrá ser renovado en condiciones congruentes con las originalmente contratadas por periodos iguales, siempre y cuando dentro de los últimos 30 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 las sumas aseguradas, copagos, deducibles y coaseguros se actualizarán en caso de que sean menores a los establecidos por la Institución como mínimos al momento de la renovación. La tarifa se calculará de acuerdo con la experiencia colectiva global de la Institución.

En caso de renovación de esta Póliza, la Red, que incluyen a los médicos y hospitales, a través de los cuales la Aseguradora brinde los servicios médicos amparados en el presente contrato, serán 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, copagos, deducibles y coaseguros aplicables a la misma.

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 el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se hizo efectiva la cancelación del 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.

2. Contractuales

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 a los **artículos 19 y 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas de la Ley Sobre el Contrato del 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.

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 del 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 del 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 30 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**.

Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días posteriores 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 del Seguro**.

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 desde toda la república mexicana 55 9171 4110 de lunes a viernes, de las 08:30 a las 17:30 horas.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

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

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 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.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante 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 el artículo 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.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

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

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 treinta 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 **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 treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

Liberación de responsabilidades

La Institución no será responsable en caso de que los proveedores de la Red se vean imposibilitados a prestar sus servicios en caso de desastre nacional, guerra, disturbio, insurrección civil, epidemia, o en cualquier otro supuesto de caso fortuito o fuerza mayor.

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 del Seguro**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 del citado ordenamiento legal.

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 con lo establecido en los términos del **Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros** y **artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato del 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**.

Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato del 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 del Seguro**.

Conforme al **artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato del 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.

Responsabilidad del Asegurado

Los servicios cubiertos están sujetos al límite de la suma asegurada, descrita en la carátula de Póliza y certificados individuales, en tal virtud, el asegurado está obligado a pagar los costos que excedan dicho límite, así como del costo de los servicios que no se encuentren cubiertos por esta Póliza.

Subrogación

De conformidad con el **artículo 163** de la **Ley Sobre el Contrato del Seguro**, la Institución que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del 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 la misma.

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.

Entrega de documentación contractual

De conformidad a la disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación, se incluye y forma parte integrante de la presente Póliza, la siguiente cláusula:

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

1. De manera presencial
2. A través de Servicio de Atención a Clientes (SAC)
3. Envío al domicilio del contratante por los medios que la Aseguradora utilice para tal efecto
4. Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el contratante
5. Cualquier otro medio que la Aseguradora establezca e informe al Asegurado o Contratante

El Asegurado y/o Contratante podrá al momento de la contratación o través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose al número: i) desde toda la república mexicana 55 9171 4110 enviando un correo electrónico: bbvaseguros.salud.mx@bbva.com

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

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

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

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

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

Adicionalmente, si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Aseguradora, comunicándose al número: 55 9171 4110 desde toda la república mexicana, asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a: bbvaseguros.mx@bbva.com

Para solicitar que la presente Póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono: 55 9171 4110 desde toda la república mexicana.

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

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga <https://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 <https://www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes/>.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

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

Cláusula complementaria de agravación del riesgo

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

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

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de junio de 2021, con el número CGEN-H0704-0004-2021/CONDUSEF-G-01316-001”.

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

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

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

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

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

Es muy fácil:

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

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

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

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención. Desde toda la república mexicana 55 9171 4110 o escribe a bbvasseguros.salud.mx@bbva.com

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

www.bbvassegurossalud.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de febrero de 2020, con el número CNSF-H0704-0085-2019/CONDUSEF-004133-02”.

FOLLETO EXPLICATIVO

¡ENHORABUENA!

Ahora tú perteneces al mejor programa para el cuidado de tu salud y la de tu familia.

En **BBVA Seguros Salud** estamos muy orgullosos de poder ofrecerte el seguro de Salud Colectivo más innovador que existe en el país. Hemos creado un servicio que retoma del pasado la cercanía y apoyo incondicional del médico familiar y le hemos añadido lo necesario para poner a tu alcance la mejor infraestructura y tecnología de la medicina moderna.

Te invitamos a que leas cuidadosamente para que estés bien informado de nuestro seguro de Salud Colectivo y compruebes por ti mismo que siempre estarás satisfecho con nuestros servicios.

INTRODUCCIÓN

Los servicios a los que tienes acceso quedaron especificados en tu Póliza. También los puedes verificar en tu credencial, en la que además se indica el copago, deducible o coaseguro que deberás pagar al recibir cada uno de los servicios cubiertos.

A continuación, describimos los servicios que estarán cubiertos siempre que hayan sido contratados, situación que puede verificarse en tu Póliza, y sean otorgados por proveedores del Directorio Médico de BBVA Seguros Salud (en lo sucesivo Directorio).

Cobertura básica

BBVA Seguros Salud, a través de su seguro de Salud Colectivo, pone de nuevo cerca de ti un médico familiar que tú eliges y que es llamado Médico de Primer Contacto (MPC). El te proporcionará la vigilancia y cuidados médicos que necesites.

Ya sea que requieras de una consulta privada, de estudios de laboratorio, radiografías o de un médico especialista, los gastos estarán siempre cubiertos con el requisito de que estos servicios tendrán que ser solicitados por tu MPC.

En este plan los MPC son médicos familiares, pediatras y ginecólogos. Este plan otorga el acceso a servicios médicos generales como estudios de laboratorio, gabinete y atención de médicos especialistas que el MPC considere necesario.

Además de la amplia cobertura de servicios que te ofrece cada uno de nuestros planes cuando estés enfermo o lesionado, te proporcionamos constantemente un plan de atención preventiva: revisiones físicas, aplicación de vacunas, cuidados pediátricos, estudios para diagnosticar enfermedades como el cáncer, diabetes e hipertensión entre otras, así como la documentación necesaria con recomendaciones para mantenerte sano. Creemos firmemente en los beneficios de la medicina preventiva y nuestra experiencia nos ha mostrado que prevenir y detectar enfermedades oportunamente nos facilita cumplir nuestra tarea: **conservar tu salud**.

En el seguro no hay restricciones de preexistencias, ni periodos de espera, así que tendrás acceso a los servicios médicos desde el primer día, de esta manera, contarás siempre con servicio médico los 365 días del año.

FOLLETO EXPLICATIVO

Programas de medicina preventiva

"La base de nuestros planes para conservar tu salud"

Por el simple hecho de estar asegurado en el seguro de Salud Colectivo, tienes acceso a los programas preventivos que se han diseñado cuidadosamente para mantener tu salud y por ende mejorar tu calidad de vida.

Estos servicios son otorgados por tu MPC.

Programas preventivos:

- Programa de salud para niños y adolescentes
- Programa de salud para mujeres adultas
- Programa de la salud para hombres adultos

Para nosotros es muy importante que te sientas verdaderamente cuidado, atendido y que sepas que hay alguien que vigila tu salud. Para ello hemos desarrollado materiales especiales para que conozcas la forma de prevenir ciertas enfermedades y evitar situaciones que podrían poner en riesgo tu salud.

Algunos de los tópicos que se manejan en estos materiales son:

- Nutrición
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Métodos anticonceptivos
- Diabetes
- Alcoholismo
- Cáncer cérvico-uterino y de mama
- Hipertensión arterial
- Tabaquismo

Servicios restaurativos

Los servicios restaurativos de la salud que estarán cubiertos son los que a continuación se mencionan y estarán ilimitados hasta la suma asegurada.

- Servicios proporcionados por un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad o lesión.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios de imagenología y gabinete convencional.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas algún malestar en tu salud, sólo sigue estos pasos:

1. Solicita una cita con tu MPC que puede ser un médico familiar, pediatra o ginecólogo para las mujeres.
2. Preséntate puntualmente con tu MPC para recibir consulta y te indique el tratamiento a seguir.
En caso de que no puedas asistir, por favor, cancela tu cita.
3. Muestra tu credencial de BBVA Seguros Salud y realiza pago del copago correspondiente.

Muy probablemente, tu MPC te recetará medicamentos. Esto lo hará en el Formato Pase de Farmacia. Si no cuentas con la Póliza de surtido de medicamentos, podrás surtir tu receta en cualquier farmacia, ya que no cuentas con la cobertura. Sin embargo, si cuentas con la Póliza de surtido de medicamentos, podrás surtir tu receta en alguna de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, las medicinas deberán ser surtidas en los siguientes siete días naturales, pagando únicamente el coaseguro correspondiente.

Si tu MPC te solicita exámenes de laboratorio o estudios de gabinete (radiografías, entre otros estudios), él te entregará el formato de Pase a Laboratorio para que acudas a recibirlos. Deberás pedir tu cita con alguno de los laboratorios o gabinetes que se encuentran en nuestro Directorio, seguramente encontrarás uno cerca de tu domicilio o de tu trabajo. No olvides presentar la credencial de BBVA Seguros Salud para pagar el coaseguro correspondiente.

Ahora bien, si tu MPC necesita que seas valorado por un médico especialista, te proporcionará el formato de consulta para que puedas asistir a esa consulta. Es muy importante que cuentes con la referencia porque de lo contrario, el médico especialista (aún cuando esté en nuestro Directorio) te atenderá como a un particular. No olvides presentar la credencial de BBVA Seguros Salud para pagar el copago correspondiente.

Recuerda que es tu MPC quien está a cargo de tu salud, por eso es indispensable que él esté enterado de tu atención integral.

Urgencia médica

BBVA Seguros Salud, te cubre los casos de Urgencia médica, sólo deberás notificar al CAT (Centro de atención telefónica), el uso de servicios de urgencia dentro de las 24 horas posteriores a su utilización, salvo caso de fuerza mayor, en los cuales la notificación la realizarás una vez que concluya tal situación.

Al hacer uso de alguno de estos servicios, tendrás que pagar todos los gastos y, posteriormente, someter las facturas y recibos de honorarios a reembolso siguiendo los siguientes pasos:

1. Llenar y presentar a BBVA Seguros Salud el Formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad (si no cuentas con él, llama al CAT para solicitarlos) a los cuales agregará los informes médicos, estudios de laboratorio y gabinete que te practicaron para el diagnóstico, así como historias clínicas, notas de evolución, al igual que las facturas y/o recibos de honorarios originales.
2. BBVA Seguros Salud verificará el monto cubierto con base en el tabulador establecido y aplicará el coaseguro que se indica carátula de la Póliza.
3. Una vez concluido el análisis se efectuará el pago de los gastos procedentes.

El monto del reembolso se calculará de acuerdo con el siguiente procedimiento:

1. Se sumarán todos los servicios de urgencia, ajustándolos a los límites establecidos en el tabulador médico de BBVA Seguros Salud, el cual podrá consultar llamando al CAT
2. A la cantidad resultante se descontará el coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido en la Póliza.

La indemnización en ningún caso excederá el monto establecido por cada servicio en el Tabulador Médico de BBVA Seguros Salud, así como de la suma asegurada contratada por persona al año.

Los servicios de urgencias podrás recibirlos por cualquier proveedor médico, pertenezca o no a la Red, siempre y cuando se cumpla con la definición de urgencia médica:

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función o la integridad corporal de los Asegurados.

Urgencia Médica (por Reembolso) cubre los siguientes servicios:

- Consulta médica, material de curación y medicamentos necesarios para el estado de urgencia.
- Estudios de laboratorio y gabinete e imagenología.
- Uso de la sala de urgencias médicas, en tanto no se requiera hospitalización médica. El pago de tales servicios se efectuará después de que la Institución haya comprobado el estado de urgencia.

Si durante una urgencia médica se requiere de hospitalización y/o del uso de la sala de cirugías, **no se cubrirá el costo de estos servicios ni el del uso de la sala de urgencias médicas.** Estos gastos estarán a cargo del Asegurado.

El seguimiento de un tratamiento o continuación del cuidado médico subsecuentes a los servicios de urgencia, deben ser coordinados por el MPC. En caso contrario, el Asegurado pagará el uso de estos servicios.

FOLLETO EXPLICATIVO

En ningún caso para la cobertura básica, quedarán cubiertos los gastos erogados y/o generados derivados de:

- **Cualquier servicio a causa de maternidad, incluyendo consultas prenatales y postnatales**
- **Ambulancia aérea o terrestre**
- **Trasplantes de órganos y gastos médicos del donante, ni tampoco gastos por servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones**
- **Queratotomía o queratectomía, ni tampoco servicios derivados de sus consecuencias y/o complicaciones**
- **Tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocidos como litotripsias, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones**
- **Estudios especiales de imagenología, tales como: radiografía con método de contraste, resonancia magnética, estudios angiográficos, tomografía axial computarizada, cateterismo cardiaco**
- **Cualquier tipo y clase de cirugía, entendiéndose como cirugía, cualquier intervención quirúrgica realizada a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano**
- **Servicios hospitalarios, incluyendo aquellos ambulatorios**
- **Medicamentos, excepto si son necesarios para el estado de urgencia**

Coberturas adicionales

Ambulancia terrestre

Con la contratación de esta cobertura, BBVA Seguros Salud pone cerca de ti un prestador de servicios de ambulancia que tú eliges de nuestro Directorio.

Cuando un Asegurado requiera acudir al hospital y su condición de salud no le permita transportarse por sí mismo o bien, requiera trasladarse de un hospital a domicilio, esta cobertura ampara su traslado en ambulancia terrestre conforme a las siguientes condiciones:

- a) Traslado del lugar donde se encuentre al centro médico más cercano o hasta recorrer 100 kilómetros.
 - La condición de salud del Asegurado no le permita transportarse por sí mismo
 - Sea solicitado al CAT de BBVA Seguros Salud y autorizado por el médico mismo.
- b) Traslado de un hospital a domicilio.
 - La condición física del paciente al egreso del hospital requiera de cuidado especial durante su traslado.
 - Sea prescrito y solicitado por el médico tratante de la Red de BBVA Seguros Salud al CAT.

No se cubrirán los gastos por traslado en ambulancia terrestre si no se cumplen las condiciones antes mencionadas.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas alguna urgencia, sólo sigue estos cuatro pasos:

1. Llama al CAT y solicita la ambulancia terrestre. Si el Asegurado ya ha sido valorado por un médico de la Red de BBVA Seguros Salud, el médico deberá comunicarse al CAT, informar sobre la condición de salud del paciente y solicitar la ambulancia.
2. El CAT evaluará las condiciones de tu Póliza y del paciente, y en caso de proceder, enviará a una ambulancia terrestre a la dirección indicada.
3. Cuando la ambulancia acuda al domicilio indicado, presenta tu credencial del seguro de BBVA Seguros Salud.
4. Efectúa el copago de acuerdo con la carátula de la Póliza.

En ningún caso, para la cobertura de ambulancia terrestre, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- **Traslados proporcionados en casos de senilidad o deterioro cerebral.**

Maternidad

Hemos creado un servicio con una excelente red de médicos que cuidarán de tu embarazo, que cubre preexistencias y no tiene periodos de espera.

BBVA Seguros Salud, a través de su seguro de Salud Colectivo, pone cerca de ti un MPC que tú eliges de nuestro Directorio y especialistas que en este caso será el ginecólogo. Ellos te proporcionarán la vigilancia y cuidados que necesites durante tu embarazo.

Creemos firmemente que prevenir y detectar enfermedades oportunamente nos facilita cumplir nuestra tarea: conservar tu salud y la de tu bebé, por lo que el seguro incluye consultas prenatales y ultrasonido.

En lugar del MPC, será el ginecólogo el médico quien preste y prescriba los servicios que se mencionan en esta cobertura. Los servicios cubiertos son los que a continuación se especifican y estarán cubiertos hasta agotar la suma asegurada de esta cobertura.

Estos servicios serán prestados únicamente a la Asegurada (**se excluyen gastos médicos erogados por el recién nacido**), el servicio de Maternidad, incluye:

a) Maternidad

- Consultas prenatales para el embarazo normal y de alto riesgo
- Consultas postnatales
- Dos ultrasonidos durante el periodo de embarazo

b) Servicios de Laboratorio

- Este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del médico especialista

Es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Tienes que pagar a los proveedores, el copago y/o coaseguro que corresponda, descrito en tu Póliza.
- Los estudios de laboratorio y/o ultrasonido deben ser prescritos por tu ginecólogo, relacionados con el embarazo.
- A criterio del médico de la Red, los estudios de laboratorio y ultrasonido deberán ser necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos de esta cláusula adicional durante tu embarazo, sólo sigue estos cuatro pasos:

1. Solicita una cita con el ginecólogo del Directorio.
2. Preséntate puntualmente a consulta y que te indique el tratamiento a seguir. En caso de que no puedas asistir, por favor cancela tu cita.
3. Presenta tu credencial de BBVA Seguros Salud.
4. Efectúa el pago del copago correspondiente.

En ningún caso, para la cobertura de Maternidad básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- **Consultas no relacionadas con el embarazo y cualquier tipo de gasto derivado del y para el recién nacido**
- **Medicamentos**
- **Uso y servicios de sala de urgencias médicas**
- **Servicios de ambulancia terrestre o aérea**

Medicamentos

La cobertura de medicamentos te permite adquirir los medicamentos recetados por tu MPC o por un médico especialista de la Red, en cualquiera de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, sin pagar más que el coaseguro correspondiente. Para hacer uso de los servicios sin mayores complicaciones, deberá observarse lo siguiente:

FOLLETO EXPLICATIVO

1. Los medicamentos deben ser prescritos por un médico de la Red de BBVA Seguros Salud.
2. El médico de la Red debe hacer la receta utilizando el formato denominado Pase a Farmacia.
3. Debes adquirir los medicamentos en una farmacia del Directorio. Si prefieres, puedes llamar al CAT para conocer el domicilio de la farmacia más cercana.
4. Debes surtir tu receta dentro de los siguientes siete días naturales.
5. Al surtir los medicamentos, debes presentar el Pase a Farmacia y tu credencial del Seguro de Salud Colectivo.
6. No olvides pagar el coaseguro indicado en tu credencial o en tu Póliza.

En caso de que la farmacia no cuente con la totalidad de los medicamentos especificados en tu Pase a Farmacia, deberás acudir con otra farmacia de la Red. En ningún caso, aceptes vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptes el surtido parcial de la receta.

Un medicamento recetado por el MPC o médico especialista de la Red en receta particular no es considerado un medicamento amparado por esta cobertura, aunque sea surtido en una farmacia del Directorio. Asimismo, un medicamento recetado por el MPC o médico especialista de la Red en el Pase a Farmacia, pero que no fue surtido en una farmacia de Red, tampoco es un medicamento amparado por esta cobertura.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas algún malestar en tu salud, sólo sigue estos dos pasos:

1. Si, tu MPC o el médico especialista te receta medicamentos, lo hará en el formato Pase a Farmacia. Si cuentas con la cobertura de medicamentos, podrás surtir tu receta en alguna de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, las medicinas deberán ser surtidas en los siguientes siete días naturales, pagando únicamente el coaseguro correspondiente.
2. En caso de que la farmacia no cuente con la totalidad de los medicamentos especificados en tu formato Pase a Farmacia de BBVA Seguros Salud, deberás acudir a otra farmacia de la Red. En ningún caso aceptes vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptes el surtido parcial de la receta.

En ningún caso, para la cobertura de Medicamentos, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- **Medicamentos surtidos en farmacias que no pertenezcan a la Red de Proveedores, excepto cuando sean medicamento necesarios para el tratamiento de una urgencia médica, según lo definido en la Póliza, siempre y cuando la urgencia médica sea cubierta por la Póliza**
- **Medicamentos de venta libre**
- **Medicamentos en fase de investigación o experimentales**
- **Vitaminas, minerales, suplementos nutricionales o dietéticos sin importar la prescripción médica, excepto vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro para niños cuando sean prescritos por un médico de la Red**
- **Medicamentos para la reducción de peso, incluyendo supresores de apetito**
- **Medicamentos anticonceptivos, así como: ungüentos, espumas, jaleas, condones, medicinas de implantación, dispositivos y diafragmas**
- **Medicamentos o productos cuyo objetivo sea combatir la adicción al tabaco, drogas o alcohol**
- **Productos cosméticos, de belleza u otros que se utilicen para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel; así como medicinas utilizadas para el tratamiento de la calvicie**
- **Medicamentos para aumentar el desempeño atlético**
- **Medicamentos prescritos que requieran ser reemplazados por haber sido perdidos o dañados**

- **Medicamentos para tratamientos y procedimientos que no estén cubiertos por esta Póliza**
- **Medicamentos que no estén en el listado de medicamentos de BBVA Seguros Salud**
- **Medicamentos adquiridos en el extranjero**
- **La aplicación de medicamentos**

BBVA Seguros Salud no será responsable por cualquier reclamación o demanda por lesiones o enfermedades que resulten por el uso de cualquier medicamento surtido por los proveedores de la Red.

BBVA Seguros Salud y sus proveedores no serán responsables de surtir los medicamentos incluidos en el listado de medicamentos de BBVA Seguros Salud, si hubieren dejado de fabricarse ya sea en forma temporal o definitiva.

Dental

BBVA Seguros Salud pone cerca de ti un odontólogo que tú eliges de nuestro Directorio que es llamado Odontólogo de Primer Contacto (OPC). Él te proporcionará la vigilancia y cuidados bucodentales que necesites. Además de los servicios odontológicos cubiertos, el sistema incluye un programa constante de atención dental preventiva.

Al igual que en la cobertura básica, en donde tienes un Médico de Primer Contacto (MPC) encargado del mantenimiento de tu salud, en el plan Dental tienes un Odontólogo de Primer Contacto (OPC) cuya función es proporcionarte atención dental y vigilar tu salud buco-dental. Cada miembro de la familia debe elegir a su propio OPC del Directorio de Servicios Dentales, mismo que puede cambiar cuando así lo desee. La cobertura de Dental cubre los siguientes servicios siempre y cuando sean otorgados por tu OPC.

Servicios Diagnósticos

Los servicios diagnósticos cubiertos para vigilancia y detección oportuna de problemas bucodentales son:

- Consulta con el odontólogo
- Radiografías periapicales, oclusales y aletas de mordida
- Una serie radiográfica completa (14Rx) al año
- Prueba de vitalidad pulpar

Servicios Preventivos

Los servicios preventivos cubiertos son:

- Profilaxis dos veces por vigencia al Asegurado de 14 años o mayor.
- Profilaxis y aplicación tópica de flúor dos veces por vigencia a menores de catorce años.

Servicios Restaurativos

Para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad bucodental, los servicios restaurativos cubiertos son:

- Atención médico dental en el consultorio
- Amalgamas
- Resinas simples
- Curaciones sedativas
- Reconstrucción con pin
- Recubrimientos pulpar directo e indirecto
- Tratamiento endodóntico en anteriores
- Tratamiento endodóntico en premolares
- Tratamiento endodóntico en molares
- Incrustaciones metálicas
- Onleys metálicas
- Drenaje de absceso intraoral
- Pulpotomías
- Extracciones simples

FOLLETO EXPLICATIVO

Odontopediatría

- Atención médico dental en el consultorio
- Amalgamas en dientes permanentes
- Resinas simples en dientes permanentes
- Curaciones sedativas
- Aplicación de selladores de fisuras
- Pulpotomías
- Extracciones simples de dientes temporales así como permanentes

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas algún malestar dental, sólo sigue estos pasos:

1. Solicita una cita con tu OPC
2. Preséntate puntualmente con tu OPC para recibir consulta y te indique el tratamiento a seguir
En caso de que no puedas asistir, por favor, cancela tu cita
3. Efectúa el pago de deducible o coaseguro correspondiente

Si tu OPC te solicitó radiografías, él te entregará el formato para que acudas a recibirlos. Algunos estudios requieren cita o condiciones especiales, te recomendamos llamar antes al gabinete de tu elección del Directorio y consultar las condiciones en que debes presentarte y si requieres cita, hacerla. Al acudir al establecimiento, no olvides presentar tu credencial de BBVA Seguros Salud para pagar el coaseguro correspondiente.

Esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- **Prótesis fija y removible**
- **Cirugía oral con excepción de extracción simple**
- **Ortodoncia**
- **Traumatismo por accidente**
- **Fracturas dentales**
- **Servicios médicos y de hospital**
- **Cualquier servicio a causa de urgencia médica**
- **Medicamentos, anestesia general o sedaciones**
- **Algún tratamiento que no esté especificado dentro de esta cobertura**

Exclusiones aplicables a todas las coberturas

Esta Póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- **Servicios hospitalarios, incluyendo aquellos ambulatorios**
- **Cualquier servicio de cuidados intensivos**
- **Cuidados intensivos en el caso de maternidad y los cuidados intensivos neonatales**
- **Servicios, productos y procedimientos experimentales o de investigación**
- **Tratamientos fuera de la vigencia de esta Póliza**
- **Salud reproductiva**
Equipo médico de rehabilitación, órtesis y prótesis, fisioterapia y medicina física; terapia del lenguaje, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones
- **Servicios o productos proporcionados por proveedores no pertenecientes a la Red de Proveedores**
- **Procedimientos de fertilización in vitro y transferencia de embrión u óvulo; tratamientos por esterilidad relacionados con un padre sustituto; procedimientos de reversión de una esterilización voluntaria; medicamentos orales recetados para el tratamiento de esterilidad; medicamentos anticonceptivos implantables, dispositivos o instrumentos**

anticonceptivos que no requieren receta; amniocentesis e inyecciones de hormona gonadotropina-coriónica (HCG)

- **Servicios dentales, incluyendo terapias de aplicación para el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ), servicios relacionados con la maloclusión o malposición de los dientes: ortodoncia; cuidado de los dientes, prótesis dentales, incrustaciones y obturaciones dentales; salvo lo establecido en el numeral 4 del apartado VI denominado Coberturas opcionales**
- **Tratamientos quiroprácticos**
- **Honorarios de enfermeras**
- **La compra o renta de equipo, incluyendo: bicicletas para ejercicio, purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua, almohadas alergénicas, colchones, camas de agua o silla de ruedas eléctricas; compra o renta de escaleras eléctricas o elevadores, saunas, albercas y artículos para el hogar**
- **Abastecimiento o reemplazo de aparatos auditivos**
- **Lentes, incluyendo: de contacto, cristales, micas, intraoculares, así como los armazones y exámenes para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento**
- **Honorarios de una persona que brinde productos, servicios o tratamientos relacionados con el cuidado en el hogar, para ayudar a caminar, acostarse, levantarse, bañarse, vestirse, preparación de dietas especiales**
- **Pruebas dermoimmunológicas aunque estén orientadas al diagnóstico, así como las pruebas citotóxica, radioalergosorbente (RAST), determinación de la piel por titulación, auto-inyección de orina y pruebas de provocación y de neutralización para alergias**
- **Abortos voluntarios ni sus consecuencias y/o complicaciones**
- **Cuidados rutinarios del pie, incluyendo: limar callos, callosidades y uñas, excepto tratamientos médicamente necesarios por condiciones de circulación**
- **Tratamientos contra la adicción a drogas, alcohol o tabaquismo, así como sus complicaciones y/o consecuencias directas o indirectas**
- **Complicaciones derivadas o que puedan surgir durante o después de un tratamiento médico que cause adicción**
- **Terapias alternativas, así como acupuntura, bioretroalimentación, hipnoterapia y terapia recreativa, educativa, manipuladora o de sueño. Terapia primaria, terapia de Rolf, psicodrama, terapia megavitamínica, terapia bioenergética, entrenamiento de percepción visual, terapia de dióxido de carbono o servicios relacionados con este tipo de tratamiento; y la medicina no alópata**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos, anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos, así como las complicaciones que resulten de ellos; así como consultas, cuidados o tratamientos nutriólogos**
- **Servicios para la enseñanza de niños atrasados, así como la evaluación o tratamientos de problemas de aprendizaje o disfunciones mínimas del cerebro o trastornos de desarrollo y aprendizaje; pruebas de diagnóstico relacionadas con problemas del comportamiento, así como su entrenamiento y rehabilitación cognoscitiva, demoras en el desarrollo y trastornos por falta de concentración**
- **Cuidados, tratamientos e internamientos para la salud mental, así como cuidados o tratamientos psiquiátricos, psicológicos u otros para desórdenes emocionales o mentales**
- **Procedimientos o tratamientos destinados a alterar las características físicas del sexo biológico de un Asegurado por las características del sexo opuesto**

FOLLETO EXPLICATIVO

- **Consultas, terapias, tratamientos productos o asesorías para disfunciones o adecuaciones sexuales**
- **Gastos erogados por el tratamiento de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (S.I.D.A.) y sus complicaciones, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi y las derivadas de su evolución**
- **El comercio o transportación de órganos y tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos**
- **Servicios prestados en el extranjero**
- **Servicios médicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consanguinidad, afinidad y civil con el Asegurado**
- **La adquisición de medicamentos; cualquier tipo de medicamentos, salvo lo establecido en el numeral 3 del apartado VI denominado Coberturas opcionales.**
- **Los estudios prenupciales o de ingreso a la institución contratante o cualquier otra institución que requiera el Asegurado**
- **Lesiones causadas por culpa grave del Asegurado a causa de los efectos del alcohol, estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico**
- **Lesiones sufridas en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por culpa grave del Asegurado por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales**
- **Lesiones o enfermedades sufridas a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia**
- **Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado, o se produzcan con el consentimiento o participación de éste**
- **Cirugía cosmética o plástica y sus consecuencias y complicaciones**
- **Plantillas ortopédicas de cualquier material**
- **Las enfermedades o malformaciones congénitas que requieran hospitalización y/o cirugía**
- **Radioterapia y quimioterapia**
- **Cualquier tipo y clase de cirugía**

Guía rápida para el acceso a servicio médicos

Para aclarar cualquier duda que tengas sobre tu Seguro de Salud Empresarial, comunícate al CAT (Centro de atención telefónica).

Centro de Atención Telefónica (CAT)

Llámanos, estamos para servirte

El CAT está diseñado para resolver cualquier duda que tengas respecto a tu Seguro de Salud Empresarial. Es un medio rápido y sencillo para solucionar cualquier inquietud y está a tu disposición de lunes a viernes de 08:00 a 17:30 horas.

CAT Desde toda la república mexicana (55) 5448 6744

Ahora bien, si deseas comunicarnos alguna queja o sugerencia te agradeceremos que nos escribas, ya que tu opinión es muy importante para nosotros:

BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Av. Paseo de la Reforma 510 Col. Juárez 06600 Ciudad de México.

www.bbvasegurossalud.com.mx

FOLLETO EXPLICATIVO

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

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

En caso de queja o sugerencia

Puedes reportar tu queja o sugerencia a través de nuestros módulos, o bien, llamando al CAT.

Si reportas tu queja por escrito por medio de nuestros módulos, se considerará un trámite cuyo tiempo de respuesta es de 48 a 72 horas.

Si te comunicas con nosotros, te atenderá con mucho gusto un ejecutivo de Atención a Clientes, quien escuchará tu queja o sugerencia, si le es posible en ese momento te dará una solución de lo contrario nuestro tiempo de respuesta a una queja es de 24 a 48 horas.

El ejecutivo de Atención a Clientes será quien le dé seguimiento a tu queja y una vez que tengamos la respuesta nos comunicaremos contigo para hacerla de tu conocimiento, si no te localizamos en el teléfono que nos indicaste, te dejaremos recado con la persona indicada para que nos llames y decirte la respuesta.

Además, en caso de que hubieras presentado tu queja por escrito, se te enviará tu respuesta por escrito al domicilio que hubieras indicado, firmada por la Coordinadora del Área de Seguimiento de Quejas en un plazo máximo de 30 días hábiles contados a partir de su fecha de recepción.

En caso de que no estés satisfecho con la respuesta puedes acudir a la CONDUSEF

Glosario

Centro de Atención Telefónica (CAT)

Es el lugar a donde puedes llamar para que de forma fácil y rápida obtengas la información que necesitas.

Copago, coaseguro o deducible

Es un monto fijo o porcentaje que se debe pagar al proveedor del Directorio en el momento de recibir un servicio médico, además de los impuestos correspondientes. El copago es diferente para cada proveedor y las cantidades están establecidas en tu Póliza y en tu credencial de BBVA Seguros Salud.

Directorio de servicios médicos de salud

Es el directorio donde aparecen los proveedores del Seguro de Salud Colectivo. Ahí encontrarás el teléfono y dirección de médicos, laboratorios, gabinetes y farmacias.

Directorio de servicios dentales

Es el directorio donde aparecen los odontólogos del Sistema de Atención para la Salud, ahí encontrarás su teléfono y dirección.

Formato Pase a Farmacia

Cuando tu MPC considere que necesitas medicamentos, él te los prescribirá en el Formato de Pase a Farmacia, que deberás surtir en una Farmacia del Directorio de Servicios Médicos Salud de BBVA Seguros Salud.

Sólo los proveedores de nuestra Red te podrán prescribir con estos formatos.

Este formato es válido por un tiempo limitado y solamente para los medicamentos que el médico especifica en él, por lo que es necesario acudir a recibir estos servicios en la fecha especificada.

Formato de Consulta

Cuando tu MPC considere que necesites estudios auxiliares para apoyar su diagnóstico, él te podrá referir con un proveedor del Directorio de Servicios Médicos BBVA Seguros Salud, indicándolo en el Formato de Consulta.

El MPC te entregará el formato y junto con tu Credencial de BBVA Seguros Salud, deberás presentarte con el proveedor del Directorio de Servicios Médicos Salud para recibir el servicio solicitado.

Sólo los proveedores de nuestra Red te podrán recibir y/o referir con estos formatos.

Este formato es válido por un tiempo limitado y solamente para los servicios que el médico especifica en ellos, por lo que es necesario acudir a recibir estos servicios en la fecha especificada.

Médico de Primer Contacto (MPC)

Es el médico que tú eliges y que está a cargo de tu salud integral. Es el único que puede canalizarte para que recibas otro servicio médico que considere necesario.

El MPC puede ser un médico familiar, ginecólogo para las mujeres o pediatra para los niños.

Odontólogo de Primer Contacto (OPC)

Es el médico odontólogo que tú eliges y cuya función es proporcionarte atención dental y vigilar tu salud buco-dental.

Urgencia médica

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función o la integridad corporal de los Asegurados.

Preexistencia

Se considera que un padecimiento es preexistente cuando el evento que lo define como tal haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivas ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado, en los términos del **artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**. Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza.

FOLLETO EXPLICATIVO

Reembolso

Serán reembolsados el o los costos de los servicios médicos erogados por el Asegurado, previa acreditación mediante la exhibición de las facturas correspondientes, respecto de los servicios médicos que haya necesitado en los casos de urgencia médica, en los términos que establezca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, siempre y cuando el Proveedor de la Red no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el presente contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Para tales fines, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el asegurado haya asistido previamente al Proveedor de la Red y, por falta de un diagnóstico acertado, haya requerido la atención de los servicios médicos adicionales de una institución que no forma parte de la Red de Proveedores.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en 2 años, contados en términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82** del citado ordenamiento legal.

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 con lo establecido en los términos del **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros** y **artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato del 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**.

Para consultar la red de proveedores ponemos a tu disposición el siguiente enlace <https://www.bbvasegurossalud.com.mx/directorio-medico-salud/> y donde puedes tener acceso a la versión actualizada del Suplemento al presente folleto.

“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 febrero de 2020, con el número CNSF-H0704-0085-2019/CONDUSEF-004133-02”.

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 4110**

Atención a Siniestros:

Desde toda la república mexicana **(55) 5448 6744**

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año