

Tu Médico Particular Empresas

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	2
II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO	6
III. OBJETO DEL SEGURO	8
IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO	8
V. COBERTURAS BÁSICAS	13
VI. COBERTURAS OPCIONALES	15
VIII. EXCLUSIONES GENERALES	23
IX. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	26
X. CLÁUSULAS GENERALES	27

“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 13 de Marzo de 2026, con el número CNSF-H0704-0052-2026/CONDUSEF-007181-01”.

PRELIMINAR

PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, CON OPERACIÓN DE COASEGURO ENTRE BBVA SEGUROS SALUD MÉXICO, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BBVA, Y BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

Como instituciones legalmente constituidas de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, a quien en su conjunto y en lo sucesivo se les denominará “**La Compañía**”, aseguran y asumen los riesgos contratados y se obligan en los términos y condiciones de este contrato de seguro.

Para efectos informativos los domicilios de las Aseguradoras participantes son:

BBVA SEGUROS SALUD MÉXICO, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BBVA:

Avenida Paseo de la Reforma 510, colonia Juárez, código postal 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.:

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, colonia Granada, alcaldía Miguel Hidalgo, código postal 11520, Ciudad de México.

La Compañía y el **Contratante** han convenido las coberturas y **Sumas Aseguradas** que aparecen como amparadas en la carátula de la **Póliza**.

Conviene expresamente **La Compañía** y el **Contratante** que las presentes Condiciones Generales rigen el contrato de seguro celebrado entre ellas y, en todo lo no previsto, se aplicará la normatividad que resulte aplicable.

I. DEFINICIONES

1. Participantes en el contrato de seguro:

a) **Colectividad asegurable**

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

b) **Contratante**

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

c) **Familia asegurable**

Podrán ser incluidos en esta Póliza:

- El Asegurado Titular, que puede ser o no el Contratante.
- Cónyuge del Asegurado Titular, entendiéndose como tal, la persona con quien el Asegurado Titular haya contraído matrimonio, o su concubina o concubinario, o la persona con quien viva en sociedad de convivencia.
- Los hijos del Asegurado Titular y/o de su cónyuge.
- Padres del Asegurado Titular.

d) **Asegurado**

Miembro de la Familia Asegurable que a petición del Contratante ha sido incluido en la Póliza y que en su conjunto conforman la Familia Asegurada.

e) **Asegurado Titular**

Será el Contratante o, en su caso, la persona designada por éste, a quien la Compañía reembolsará la parte cubierta de los gastos erogados por la atención médica recibida por accidentes o enfermedades, que se encuentren amparados por cualquiera de los Asegurados sujetos a las condiciones del presente contrato.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

2. Contrato

a) Contrato de seguro

La carátula de la Póliza, los certificados, las condiciones generales y cláusulas adicionales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

b) Endoso y/o condiciones especiales

Documento generado por la Compañía 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 que se encuentre vigente prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

c) Prima

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante y a favor de la Compañía, la cual podrá ser anual o en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, según establezca la carátula de la Póliza, en el apartado, forma de pago.

d) Mala fe

Es la falta de rectitud y consistente ilicitud en el obrar, buscando aprovecharse de una situación para obtener ventaja o provecho.

e) Dolo

Es la voluntad de cometer un acto sabiendo con intención y conocimiento las consecuencias que se pueden ocasionar.

f) Domiciliación

Es el servicio de cobro automático de la prima a cargo de una cuenta (nómina, ahorro o cheques), consentido por el Contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella, en caso de que el pago sea en parcialidades.

g) Cargo Recurrente

Pago periódico y automático con cargo a la tarjeta de crédito del Contratante, mismo que debe autorizar previamente los cargos.

h) Operación de Coaseguro

Es un contrato por virtud del cual dos o más entidades aseguradoras dan cobertura sobre un mismo riesgo, con una participación específica entre ambas. En este caso, BBVA Seguros Salud y Bupa México.

i) Culpa grave

Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada por parte del Asegurado.

3. De las coberturas

a) 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.

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 y/o Contratante aportar una parte de los gastos cubiertos por esta Póliza conforme a:

c.1. Copago

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

c.2. Coaseguro

Porcentaje establecido en la carátula de esta Póliza como participación del Asegurado en cada reclamación. En las coberturas que contemplen Coaseguro, éste se aplicará al total de los gastos que resulten procedentes.

c.3. Deducible

Para la cobertura de beneficio de Gastos Médicos por accidente o enfermedad grave durante un viaje al extranjero, se considerará la cantidad fija establecida en la carátula de esta Póliza que representa los primeros gastos cubiertos por cada evento que deberá asumir el Asegurado.

En aquellos beneficios en los cuales aplique coaseguro, el Asegurado deberá cubrir primero el deducible y posteriormente el coaseguro, que en su caso resulte aplicable.

c.4. Suma Asegurada

Obligación máxima de la Compañía para cada cobertura considerada para cada uno de los Asegurados integrantes de la Póliza.

d) Periodo de carencia

Plazo ininterrumpido que debe transcurrir a partir del momento de la hospitalización para que proceda la Ayuda por Hospitalización.

e) Periodo de gracia

Plazo de 30 (treinta) días naturales que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de la prima, dentro del cual se otorga protección por el presente contrato de seguro, aun cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente.

f) Periodo de espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia de la Póliza para que procedan las coberturas.

g) Periodo de beneficio

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

Si la Póliza se da por terminada anticipadamente por cualquier causa imputable al Contratante y/o al Asegurado, o a solicitud del Contratante, o concluye la vigencia de la misma y ésta no es renovada y el Asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación o al agotarse la Suma Asegurada.

h) Enfermedad

Condición anormal o alteración en la salud del Asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

i) Enfermedades preexistentes

Es aquella enfermedad o accidente que se manifiesta en los siguientes supuestos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico.

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

Con la finalidad de determinar de forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, y como parte del procedimiento de suscripción del seguro, la Compañía podrá requerir a los miembros de la Familia asegurable que se sometan a exámenes médicos.

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

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

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

La Compañía acepta que, si el Asegurado acude al arbitraje médico, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado, y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella, deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

j) Enfermedad grave

Se entenderá como toda alteración de la salud repentina generada por agentes de origen interno, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal y/o el funcionamiento de alguno de sus órganos, y que, por lo tanto, provocan que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

k) Accidente

Toda alteración de la salud, resultado de un acontecimiento imprevisto que, ocurrido por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, es decir, ajena a la voluntad del Asegurado o de un tercero, le ocasiona lesiones o daños corporales al Asegurado. Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones del mismo, también se considerarán como accidente:

- a) La asfixia por inmersión, por obstrucción de las vías respiratorias, por ahorcamiento o por el impacto de un objeto externo a la altura de la tráquea, **sin incluir las que sean a consecuencia de una enfermedad.**
- b) La aspiración de gases o vapores tóxicos.
- c) La electrocución.
- d) El envenenamiento accidental por ingestión de sustancias tóxicas, incluyendo medicamentos o alimentos a los que el Asegurado resultara alérgico.
- e) Homicidio.

4. De las reclamaciones

a) Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado Titular ante la Compañía, para que le sean cubiertos los gastos erogados por la atención médica de un Accidente o Enfermedad amparados.

b) 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.

c) Indemnización

Es el pago de la Suma Asegurada que pagará la Compañía cuando ocurra algún evento cubierto.

d) Reembolso

Es la restitución de los gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado, a consecuencia de los servicios recibidos para la atención de una Enfermedad o Accidente amparados.

La Compañía realizará el proceso de ajuste correspondiente de acuerdo con la amplitud de cobertura de la Póliza. Solo se pagarán aquellas facturas que cumplan con los requisitos fiscales vigentes y que vengan a nombre del Asegurado Titular.

e) Reembolso máximo por servicio

Es el reembolso máximo a pagar por cada servicio indicado en la carátula de Póliza, entendiéndose por servicio a cada consulta o a cada estudio o prescripción de estudios de diagnóstico y por medicamentos a domicilio.

5. De los Medios electrónicos

a) Medios electrónicos

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones de este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía.

II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO

1. Prestadores

a) Red

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

b) Proveedores de la red

Prestadores de servicios médicos, incluyendo los de diagnóstico y de apoyo terapéutico, vinculados

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

con la Compañía por convenios, que tienen por objeto proporcionar al Asegurado los servicios cubiertos por esta Póliza.

b.1. Médico

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

b.2. Médico de la red

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

b.3. Médico especialista

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente del país en el que el tratamiento sea proporcionado para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización y certificación para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el consejo de la especialidad de que se trate. El médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

2. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios

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

a) Hospital, clínica o sanatorio

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

b) Hospital certificado

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

c) Laboratorios clínicos o unidades de diagnóstico

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

d) Farmacias

Establecimiento legalmente autorizado para la venta de medicamentos.

3. Conceptos médicos

a) Tratamiento médico

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

b) Segunda y tercera opinión médica

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

c) Atención médica de corta estancia

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

d) Urgencia médica

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

III. OBJETO DEL SEGURO

- Reembolsar los Gastos Médicos que cuenten con cobertura dentro del territorio que se estipule en la Póliza, en los que el Asegurado incurriera en cualquiera de los conceptos enumerados más adelante o pagar directamente a los prestadores afiliados, el costo de los mismos.
- Pagar la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza en caso de primer diagnóstico cubierto o en caso de una hospitalización cubierta.

Teniendo como límite lo que ocurra primero de:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada estipulada para cada beneficio, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la Póliza.
- b) El monto de los Gastos Médicos incurridos durante el Periodo de vigencia de la presente Póliza y el Periodo de beneficio establecido en la misma.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad y/o accidente que haya afectado al Asegurado.

Lo anterior, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del accidente o enfermedad.

El producto contempla las siguientes coberturas:

Coberturas básicas:

- a) Consultas médicas.
- b) Estudios de diagnóstico.
- c) Medicamentos.
- d) Urgencia médica.

Coberturas opcionales:

- a) Medicamentos plus.
- b) Dental.
- c) Terapias de rehabilitación.
- d) Maternidad.
- e) Apoyo para gastos de hospitalización.
- f) Beneficio de gastos médicos por accidente o enfermedad grave durante un viaje al extranjero.
- g) Primer diagnóstico.

IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO

1) EDAD

a) Edad máxima de aceptación

El Contratante podrá solicitar la inclusión a esta Póliza de aquellos miembros de la Familia asegurable, cuya edad sea menor o igual a 69 (sesenta y nueve) años a la fecha de celebración del contrato.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

b) Edad de última renovación

Los Asegurados podrán mantenerse al amparo de esta Póliza de manera vitalicia.

c) Comprobación de la edad

La Compañía 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 Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extender el comprobante de tal hecho al Contratante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando deba pagar un siniestro, salvo que se compruebe que las pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

d) Consecuencias de una inexacta declaración de 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 del seguro, los beneficios de la Póliza quedarán rescindidos para dichos Asegurados y la Compañía reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

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

e.1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagara una prima menor o de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía 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.

e.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 Compañía 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.

e.3. Si la Compañía 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.

e.4. Si la inexactitud en la edad se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos antes descritos, se aplicarán las tarifas que estén en vigor al momento de la detección de la inexactitud.

2) 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 Compañía en los sucesivos.

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 Compañía habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, la Compañía 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 y/o Contratante perderá las primas anticipadas" (**artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

3) 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 Compañía, 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 Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Asegurado o del Beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Compañía 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.

4) VIGENCIA

a) Inicio de vigencia

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

Las personas que ingresen a la colectividad con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir pruebas de asegurabilidad para otorgar la cobertura, la cual podrá o no otorgar, previo desahogo de las pruebas de asegurabilidad que la misma Compañía determine, si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Término de vigencia

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

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

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

b) Periodo del seguro

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

5. PRIMAS

a) Importe de la prima

La prima de esta Póliza será la suma por los montos correspondientes a cada Asegurado, de conformidad con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza inicial o cada una de sus renovaciones, en función a las características del plan contratado, y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato. En adición deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos.

La Compañía no tiene obligación de cobrar las primas o de dar aviso de su vencimiento, en caso de que así lo hiciera, ello no establece precedente ni obligación alguna para la misma.

b) Pago fraccionado de primas

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

c) Vencimiento de la prima

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

d) Periodo de gracia

El Contratante gozará de un Periodo de gracia de 30 (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 12 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 Compañía podrá deducir de la Indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas.

e) Lugar de pago de la prima

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas en las oficinas de la Compañía, 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 autorización de la Domiciliación o Cargo recurrente que al efecto corresponda. En este caso, hasta en tanto la Compañía 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 y una vez concluido el Periodo de Gracia.

f) Ajuste al monto de la prima

Los ajustes por altas o bajas de Asegurados se harán cobrando o devolviendo según corresponda, la parte

proporcional de la prima por los días transcurridos entre la fecha efectiva del movimiento y la fecha de pago de la prima; dichos ajustes se realizarán a partir del momento en que la Compañía comunique la aceptación del movimiento.

6. Reembolso

Serán reembolsados el o los costos de los servicios médicos erogados por el Asegurado, previa acreditación mediante la exhibición de las facturas correspondientes que reúnan los requisitos fiscales vigentes, respecto de los servicios médicos que haya necesitado y conforme a los conceptos cubiertos.

a) Procedimiento para el reembolso

El Asegurado deberá presentar a la Compañía, los informes médicos, estudios de laboratorio, imagenología, gabinete, el documento expedido por el médico general o médico especialista, receta que le prescribieron, servicios médicos que se le 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 Compañía, por sí o por conducto de su representante legal, la documentación solicitada, la Compañía contará con un plazo de 30 (treinta) días, siguientes a la fecha de recepción, para realizar el pago que corresponda o determinar lo que proceda sobre la solicitud de reembolso.

La cuantía del reembolso se calculará de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Se sumarán todos los servicios requeridos por el Asegurado, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de Póliza.

Para conocer el monto a reembolsar por parte de la Compañía, el Asegurado podrá consultar el monto máximo a reembolsar por concepto en la carátula de la Póliza.

En caso de que el reembolso resulte ser improcedente, se le notificara a más tardar 30 (treinta) días posteriores a la recepción de todos los documentos que hayan sido requeridos por la Compañía, por correo electrónico o por el medio indicado por el Asegurado, la causa de la improcedencia con el propósito de subsanar lo correspondiente.

7. Residencia

Para efectos de este contrato, solo estarán protegidos bajo esta Póliza los Asegurados que residan habitualmente dentro de la territorialidad indicada en el siguiente apartado, asimismo, el Contratante y/o el Asegurado tienen la obligación de notificar a la Compañía, el lugar de residencia.

8. Territorialidad

Los gastos médicos deberán ser erogados y/o generados por servicios prestados dentro de la república mexicana, **salvo que sea contratado el beneficio de Gastos Médicos por accidente o enfermedad grave durante un viaje al extranjero**.

9. Moneda

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

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

V. COBERTURAS BÁSICAS

1. Consultas médicas

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta los límites de Suma Asegurada establecidos en la carátula de la Póliza por consulta, los gastos erogados y/o generados por las consultas médicas de médicos generales, médicos familiares, especialistas, psicólogos y nutriólogos. El periodo de espera para esta cobertura es de 0 días.

2. Estudios de diagnóstico

2.1 Estudios de diagnóstico prescritos

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta los límites establecidos en la carátula de la Póliza (límite por estudio y Suma Asegurada):

- a) Servicios de laboratorio. Este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del médico tratante de conformidad con la Suma Asegurada.
- b) Servicios de imagenología y gabinete convencional.
- c) Servicios de radiología convencional, incluyendo mas no limitado a rayos X y otros similares en cuanto a su costo, bajo prescripción del médico tratante.

Este apartado cubre todos los servicios de imagenología y gabinete bajo prescripción del médico tratante.

Exclusiones particulares para la cobertura de estudios de diagnóstico:

- **Cualquier estudio de diagnóstico que no sea prescrito por un médico tratante**

2.2 Examen de salud general – Check Up

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, los exámenes de salud general de carácter preventivo o sin prescripción médica, con un límite establecido en la carátula de la Póliza.

Exclusiones particulares para la cobertura de check up:

- **Estudios especializados, de control o confirmatorios derivados de padecimientos ya diagnosticados y/o prescritos por el médico tratante.**

3. Medicamentos

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta el límite establecido en la carátula de la Póliza, los gastos erogados por la compra de medicamentos siempre que:

- I. Sean prescritos al Asegurado por el médico tratante autorizado con cédula profesional y con receta vigente.
- II. Sean médicamente necesarios y relacionados con el diagnóstico y/o padecimiento cubierto indicado en la receta o consulta.
- III. Sean medicamentos que estén autorizados y regulados ante la COFEPRIS.

Quedarán cubiertos los medicamentos prescritos por un odontólogo siempre y cuando sean derivados de un padecimiento.

El Asegurado debe adquirir los medicamentos en un lapso no mayor a los siguientes 7 (siete) días naturales a la prescripción médica.

El Asegurado deberá asumir el Coaseguro establecido en la carátula de la Póliza.

4. Urgencia médica

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta el límite establecido en la carátula de la Póliza, los gastos erogados a consecuencia de una urgencia médica, es decir, por la necesidad de suministrar inmediatamente al Asegurado los servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos, que de no realizarse comprometería la vida, la función de un órgano o la integridad corporal del Asegurado.

El Asegurado deberá asumir el Coaseguro establecido en la carátula de la Póliza. 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 cubierto, que de no realizarse comprometería la vida, la función de un órgano o la integridad corporal del Asegurado.

Los servicios cubiertos por la presente cobertura son:

- i. Consulta médica, material de curación y medicamentos necesarios para el estado de urgencia.
- ii. Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología.
- iii. Los gastos erogados durante la estancia en la sala de urgencias médicas y durante la hospitalización.

El pago de tales servicios se efectuará después de que la Compañía haya comprobado el estado de urgencia médica.

El Asegurado debe notificar a la Compañía el uso de servicios de urgencia veinticuatro horas posteriores a su utilización, salvo caso de fuerza mayor, en los cuales la notificación se realice una vez que concluya tal situación.

El periodo de espera para esta cobertura es de 0 días.

Exclusiones particulares de la cobertura de Urgencia médica

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

- **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.**
- **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.**

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

VI. COBERTURAS OPCIONALES

1. Medicamentos plus

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza, los gastos erogados por la compra de Medicamentos plus siempre que:

- I. Sean prescritos al Asegurado por el médico tratante.
- II. Sean médicamente necesarios.

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

El Asegurado deberá asumir el Coaseguro establecido en la carátula de la Póliza.

Esta cobertura permite incrementar la Suma Asegurada establecida en el numeral 3. Medicamentos, de este apartado y el monto adicional estará estipulado en la carátula de Póliza.

2. Dental

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta el límite establecido en la carátula de la Póliza por los gastos erogados por la atención de salud dental en consultorio, que sean comprobados por el Asegurado, así como los gastos erogados por los servicios de atención dental descritos a continuación:

- Consultas.
- Profilaxis o limpieza dental.
- Radiografías periapicales, oclusales y aletas de mordida.
- Amalgamas y resinas dentales para el tratamiento de las caries.
- Extracciones simples.
- Extracciones de tercer molar.
- Pulpectomía
- Radiografía panorámica.
- Endodoncias.

Para esta cobertura no hay límite de eventos. El límite para el Asegurado es la Suma Asegurada contratada y especificada en la carátula de la Póliza.

3. Terapias de rehabilitación

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta los límites de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza (límite por evento), los gastos erogados por concepto de rehabilitación física médica, siempre que:

- Sean prescritos por un médico.
- Sean realizados por un fisioterapeuta o profesional debidamente autorizado para el ejercicio de su profesión.

El Asegurado deberá someter la bitácora de asistencia, firmada por el Titular y el médico de acuerdo con las sesiones brindadas. En caso de que el Asegurado sufra un accidente y exista daño cerebral y/o estrés postraumático, se reembolsará bajo esta cobertura y hasta la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza las terapias de lenguaje.

4. Maternidad

La Compañía se obliga a reembolsar a la persona Asegurada y por año, hasta los límites de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza, los gastos erogados y/o generados por:

I. Parto o Cesárea.

La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 18 (dieciocho) años, pudiéndose renovar hasta los 50 (cincuenta) años.

El Periodo de espera para esta cobertura es de 10 meses a la fecha estimada de parto, contratados a partir de la contratación de la Póliza.

5. Apoyo para gastos de hospitalización

La Compañía se obliga a indemnizar la Suma Asegurada estipulada en la carátula de Póliza, si durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, a causa de un accidente o enfermedad amparada, estuvo hospitalizado por más de 48 (cuarenta y ocho) horas continuas (Periodo de carencia), siempre que la estancia hospitalaria fuera justificada médicamente.

El Periodo de espera para esta cobertura es de 90 (noventa) días. Asimismo, deberán transcurrir 90 (noventa) días entre una hospitalización y otra para que esta última sea cubierta. Este periodo no será aplicable cuando el acontecimiento sea derivado de un accidente.

Se cubrirá una sola hospitalización por cada enfermedad o accidente. En caso de fallecimiento, dicha indemnización será pagada a la persona que demuestre haber realizado los gastos de hospitalización.

Exclusiones particulares de la cobertura de apoyo para gastos de hospitalización:

a) Parto, cesárea o aborto.

6. Beneficio de Gastos médicos por accidente o enfermedad grave durante un viaje al extranjero

La Compañía se obliga a reembolsar por Asegurado y por año, hasta los límites establecidos de Suma Asegurada en la carátula de la Póliza, los gastos erogados y/o generados en exceso del Deducible establecido en la carátula de la Póliza por:

- Accidente.
- Enfermedad Grave.

Siempre y cuando:

- El primer gasto se efectúe durante un viaje al extranjero, realizado durante la vigencia de la Póliza.
- El primer gasto se efectúe dentro de los 10 (diez) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.
- El Periodo de espera para esta cobertura es de 0 (cero) días, a partir de la contratación de la Póliza.

7. Primer diagnóstico

Si durante la vigencia de la Póliza, al Asegurado se le realiza el primer diagnóstico de alguna de las enfermedades cubiertas en este apartado durante la vigencia del contrato de seguro, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para el beneficio de primer diagnóstico estipulado en la carátula de la Póliza. La Compañía le pagará al Asegurado la Indemnización correspondiente, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que al Asegurado se le diagnostique por primera vez alguna de las enfermedades cubiertas después del Periodo de espera establecido.

Se cubrirán las enfermedades detalladas, siempre y cuando sus primeras manifestaciones, servicios recibidos o el primer diagnóstico se presente después de los primeros 90 (noventa) días naturales de vigencia, correspondientes al Periodo de espera.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

El pago a realizar por la Compañía será por una sola ocasión por enfermedad. Una vez liquidada la Suma Asegurada de una enfermedad cubierta en el presente apartado, se aplicará un Periodo de espera de 90 (noventa) días naturales para volver a aplicar la indemnización de alguna otra.

Exclusiones Particulares para la cobertura de Primer Diagnóstico:

- a) Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este contrato de seguro.**
- b) Enfermedades que aun cuando estén cubiertas, el diagnóstico no vaya acompañado de las pruebas mencionadas, para cada una de las enfermedades, en el apartado Coberturas.**
- c) Diagnósticos por enfermedades cubiertas posteriores al primer diagnóstico.**
- d) Diagnósticos por enfermedades cubiertas, por las cuales se hubiera recibido un servicio previo al inicio de la vigencia de la Póliza o durante el periodo de espera.**
- e) Cualquier Indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico especialista en la enfermedad, que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado sin importar si la persona es un médico especialista.**

7.1. Cáncer

Entendiéndose como la presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas, la invasión y destrucción de tejidos normales.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el médico especialista (oncólogo) e ir acompañado del informe médico y del estudio histopatológico. En caso fallecimiento, dicha indemnización será pagada a los Beneficiarios legales.

Exclusiones particulares de cáncer:

- a) Cáncer in situ.**
- b) Displasia Cervical (Neoplasia Intraepitelial Cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados premalignos (por histología).**
- c) Cáncer de piel basocelular o carcinoma de células basales, espinocelular o carcinoma de células escamosas, linfoma cutáneo, dermatofibrosarcoma o histiosarcoma maligno y carcinoma de Merkel.**
- d) Cáncer de próstata en etapa T1 del sistema "tumor, ganglios linfáticos, metástasis" (TNM).**
- e) El cáncer que existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, cuya recurrencia o invasión suceda dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la entrada en vigor del contrato de seguro.**

7.2. Infarto al miocardio

Entendiéndose como la muerte (necrosis) de una parte del músculo cardíaco a consecuencia de suministro sanguíneo insuficiente, corroborado.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el médico especialista e ir acompañado del informe médico y de por lo menos de dos de los siguientes criterios que sustenten el diagnóstico:

- a) Dolor del pecho típico (opresivo; intenso; irradiado al cuello, a los brazos; de predominio del lado izquierdo; durante un tiempo mayor a 30 minutos).
- b) Aparición de cambios en el electrocardiograma (elevación del segmento ST-T, inversión de la onda T y aparición de ondas Q patológicas).
- c) Elevación de enzimas cardíacas, incluyendo un examen de creatina-fosfoquinasa en el corazón (CPKMB o CPK-2) y troponinas, con por lo menos el doble del valor considerado normal.

En caso de fallecimiento, dicha Indemnización será pagada a los Beneficiarios legales.

VII. SERVICIOS INCLUIDOS

Los siguientes servicios serán proporcionados por medio de un proveedor de asistencia seleccionado por la Compañía:

1. Teleasistencia médica y psicológica

El Asegurado tendrá acceso a orientación médica y psicológica mediante teleasistencias o video llamadas ilimitadas por medio del proveedor seleccionado por la Compañía, a través de la aplicación destinada para ello.

2. Traslado de ambulancia terrestre local

Este servicio de asistencia será procedente cuando la ambulancia terrestre local sea médicamente necesaria. Este servicio de asistencia incluye exclusivamente el traslado por medio del proveedor de asistencia y previamente coordinado por la Compañía. **Queda excluida cualquier asistencia posterior.**

Si el Asegurado sufre una enfermedad grave, emergencia o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del proveedor seleccionado por la Compañía, en contacto con el médico que los atiende, recomienden su hospitalización, el proveedor de asistencia organizará y cubrirá el costo del traslado al centro hospitalario más cercano o apropiado en ambulancia terrestre.

Este servicio de asistencia tiene un tope de 2 (dos) eventos anuales.

Exclusiones particulares del servicio de asistencia de traslado de ambulancia terrestre local:

- **Cuando el usuario no proporcione información veraz y oportuna, o que incurra en falsedad de información en relación con el tipo de lesiones, mecanismo parentesco.**
- **Quedan excluidos los traslados en caso de enfermedades mentales.**
- **Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentren en estado agresivo o no deseen ser trasladados.**
- **Ambulancias programadas.**
- **Segundo traslado.**
- **Autolesiones o participación del usuario en actos delictivos intencionales.**
- **Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, pandemias, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**

3. Orientación médica telefónica

El Asegurado podrá solicitar orientación telefónica las 24 horas, los 365 días del año y el equipo médico, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso, sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

El servicio se proporcionará, previa solicitud del Asegurado, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información general de los productos farmacéuticos disponibles, sales, nombres comerciales, posología y presentaciones.

El equipo de orientación médica telefónica no receta, ni modifica tratamientos médicos.

4. Referencias médicas

Se proporcionará al Asegurado referencias de médicos, clínicas, hospitales y proveedores de servicios médicos, sujetos a la disponibilidad de la red en las principales ciudades de la república mexicana en donde la Compañía tenga convenios.

Todos los gastos que se originen serán a cargo del Asegurado y no se tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido. Estos servicios son sujetos a la disponibilidad de la red médica en las principales ciudades y localidades de la república mexicana. Este servicio es ilimitado durante la vigencia del seguro.

5. Orientación Psicológica Telefónica

En caso de que el Asegurado lo requiera, tendrá a su disposición psicólogos especialistas que ofrecerán las 24 horas del día, los 365 días del año, asesoramiento y orientación a distancia a problemáticas comunes como: depresión, adicciones, divorcios, violencia, problemas escolares, etc.

La orientación será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno. Se orientará al Asegurado acerca de las medidas a seguir según requiera el caso remitiéndolo a:

- a) Visita al consultorio de un terapeuta. Las citas o visitas serán con costo para el Asegurado.
- b) Cita con terapeutas en una clínica o centro hospitalario, la cual deberá ser cubierta por el Asegurado.

Este servicio se brindará como límite de 2 (dos) servicios mensuales y la duración de la llamada tendrá un tiempo máximo de 20 (veinte) minutos por llamada, las llamadas adicionales a la cobertura tendrán un costo por hora por sesión, el cual correrá a cargo del Asegurado.

El equipo de Asistencia telefónica no receta, no brinda diagnósticos, ni modifica tratamientos médicos.

6. Orientación Nutricional Telefónica

En caso de que el Asegurado lo requiera, los médicos especialistas darán de forma ilimitada, los 365 días del año, de 08:00 a.m. a 08:00 p.m. orientación del siguiente tipo:

a. Suplementos

Se brindará la asesoría que el Asegurado requiera sobre distintos tipos de suplementos nutricionales según sus necesidades.

b. Orientación en caso de desórdenes alimenticios

Los médicos especializados darán la información u orientación que requiera el Asegurado sobre síntomas, tratamientos y clínicas especializadas en el tratamiento de este tipo de padecimientos.

c. Tips de Nutrición

Se enviará de forma periódica información al correo electrónico del Asegurado sobre distintos temas relacionados con el cuidado de la salud y la nutrición.

d. Referencias Nutricionales Especializadas

En caso de que el Asegurado requiera una asesoría personalizada se le coordinarán citas con nutriólogos en cualquier parte de la república mexicana, con costo preferencial, el cual correrá a cargo del Asegurado.

e. Cálculo de peso ideal y de Índice de Masa Corporal

Los médicos especialistas calcularán el Índice de Masa Corporal (IMC) del Asegurado y evaluarán si existe algún grado de riesgo. Se le orientará sobre el peso ideal en relación con su edad y actividad física diaria.

f. Información sobre eventos deportivos

Se proporcionará toda la información que el Asegurado requiera sobre eventos deportivos a realizarse, ya sea como espectador o participante, como maratones, triatlones, vueltas ciclisticas, etc.

Este servicio no tiene límite de eventos.

Exclusiones particulares del servicio de Orientación Telefónica Nutricional:

- 1) Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.**
- 2) Cuando el Asegurado se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva y ofensiva.**
- 3) Cuando el Asegurado haga uso de palabras altisonantes.**

7. Medición de constantes vitales por medio de la App.

Se brinda la medición de signos vitales por medio de la App Bupa México, sin límite de eventos, misma que podrá medir el nivel de estrés, frecuencia cardíaca, respiratoria, presión sistólica y diastólica. No aplica Copago. La App Bupa México está disponible para descarga de manera gratuita en las plataformas digitales designadas en su dispositivo celular.

8. Plan Dental

Los beneficios dentales cubiertos son:

a. Atención dental en caso de accidente:

1. Evaluación oral - paciente nuevo o establecido.
2. Rx. intraoral - periapical - primera placa.
3. Evaluación oral limitada - problema localizado.
4. Placa panorámica.
5. Composite con base de resina - de 1 (una) o más superficies en diente anterior.
6. Composite con base de resina - de 1 (una) a 2 (dos) superficies - en diente posterior.
7. Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps).
8. Remoción quirúrgica de restos radiculares.
9. Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por accidente dental.
10. Tratamiento de endodoncia en diente anterior (excluyendo restauración final).
11. Tratamiento de endodoncia en premolar (excluyendo restauración final).
12. Tratamiento de endodoncia en molar (excluyendo restauración final).
13. Remoción quirúrgica de diente expuesto que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente.
14. Alveoloplastia en conjunto con extracción y no en conjunto con extracción - por cuadrante.
15. Corona individual de porcelana fundida sobre metal no precioso.
16. Poste y muñón para retener una corona, prefabricado o fabricado en laboratorio.
17. Dentadura parcial maxilar o mandibular - base de resina (incluye ganchos, descansos y dientes convencionales).
18. Póntico - porcelana fundida sobre metal no precioso - corona para puente - porcelana fundida sobre metal no precioso.
19. Colocación quirúrgica de implante endóseo (no incluye rehabilitación protésica). Incluye abutment y/o tornillo de cicatrización.
20. Corona individual de porcelana fundida sobre metal no precioso soportada por pilar o por implante. Incluye abutment.
21. Corona retenedor de puente - porcelana fundida sobre metal no precioso. Soportada por pilar o por implante. Incluye abutment.
22. Prótesis fija de porcelana fundida sobre metal (no precioso) para arco maxilar o mandibular parcialmente desdentado, soportada por implantes/pilares. Incluye abutment.
23. Remoción del implante mediante reporte.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

b. Atención en caso de urgencia dental:

1. Consulta por urgencia dental. Horario normal o fuera del horario normal.
2. Curaciones sedantes temporales u obturación provisional.
3. Extracción de restos coronales (dientes primarios).
4. Rx. Intraoral - periapical - primera placa.
5. Rx. aleta de mordida - una placa.
6. Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).
7. Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente dental o desplazamiento.
8. Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral (realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).
9. Pulpotomía terapéutica - remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final).
10. Pulpectomía - terapia pulpar (relleno absorbible) - dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final).
11. Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final).
12. Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final).
13. Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis fijas).
14. Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas).
15. Escisión de encía pericoronar.
16. Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm.
17. Tratamiento paliativo del dolor dental - por alveolitis o por procedimiento menor - incluyendo acceso y debridación pulpar.
18. Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos dentales).
19. Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable - diente anterior.
20. Reducción de luxación de la articulación temporo-mandibular (ATM) (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez).

c. Una evaluación anual de salud bucal.

d. Una limpieza bucal (profilaxis) una vez al año.

e. Radiografía intraoral-periapical y radiografía aleta de mordida de diagnóstico: una vez al año (hasta 2 en 12 meses en cualquier combinación de estas placas).

Exclusiones particulares de este servicio de Plan dental:

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y dentales congénitas y tratamientos o procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**
2. **Tratamientos o procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinar, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal y directamente atribuible a este. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**
3. **Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro tratamiento o**

material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la práctica dental, excepto que sea parte de algún tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal directamente atribuible a este. Si los tratamientos o procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como excluidos.

4. Gastos dentales a consecuencia de tratamientos o procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de seguro o por dentistas fuera de la Red Dentegra durante la vigencia de la Póliza de seguro.
5. Tratamientos o procedimientos prestados o materiales suministrados por un dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados.
6. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una urgencia dental.
7. Gastos por radiografías de diagnóstico que se necesiten tomar para realizar los diferentes tratamientos y aquellas posteriores al tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el honorario máximo autorizado de cada tratamiento.
8. Ferulización para tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).
9. Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el tratamiento o procedimiento de evaluación oral o consulta.
10. Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y tratamientos o procedimientos asociados. Diagnóstico y/o tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.
11. Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para tratamientos de enfermedad periodontal, premedicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Asimismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos, ya que estos forman parte de los gastos del tratamiento o procedimiento dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una urgencia dental.
12. Tratamientos o procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.
13. Tratamientos o procedimientos con inlay (incrustaciones).
14. Tratamientos o procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
15. Tratamientos o procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la Póliza de seguro, a menos de que el tratamiento o procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de seguro.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

16. En los casos donde los tratamientos o procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos, el proveedor no cubre cualquier honorario adicional cobrado por el dentista por dichos tratamientos o procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales de anestesia o de la instalación para tratamientos quirúrgicos.
17. Servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el plan.
18. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.
19. Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el tratamiento o procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del tratamiento o procedimiento (honorario máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.
20. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.
21. Tratamientos o procedimientos de ortodoncia (tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.
22. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico quirúrgico por las lesiones, afecciones intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de seguro.
23. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico quirúrgico causada por negligencia del Asegurado o a las indicaciones del dentista tratante.
24. Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.
25. En incisiones y drenajes de abscesos se excluye la “angina de Ludwig”.
26. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
27. Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades dentales que se originen a consecuencia de:
 - (i) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
 - (ii) Lesiones autoinflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Cabe mencionar que el equipo médico de asistencia no receta, no brinda diagnósticos, ni cambia tratamientos médicos.

VIII. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- Servicios hospitalarios, incluyendo aquellos ambulatorios, excepto lo cubierto en la cobertura de Urgencia Médica.
- Cualquier servicio de cuidados intensivos.
- Servicios, productos y procedimientos experimentales o de investigación.
- Tratamientos fuera de la vigencia de esta Póliza.
- Salud reproductiva, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- Equipo médico de rehabilitación, órtesis y prótesis, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- Fisioterapia (excepto si se tiene contratada la cobertura Terapias de rehabilitación) ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- Terapia del lenguaje, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones, excepto lo indicado en el apartado de terapias de rehabilitación.
- 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 maloclusión o malposición de los dientes: ortodoncia; cuidado de los dientes, prótesis dentales, incrustaciones y obturaciones dentales; salvo lo establecido en el apartado 2. Dental.
- 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 citotóxicas, 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.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos,

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

- anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos, así como las complicaciones que resulten de ellos.
- Terapias alternativas, así como acupuntura, biorretroalimentación, 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.
 - 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.
 - Consultas, terapias, tratamientos productos o asesorías para disfunciones, enfermedades o adecuaciones sexuales.
 - 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.
 - 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 sin receta.
 - Los estudios prenupciales o de ingreso a la Compañía Contratante o cualquier otra Compañía 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.
 - Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado por participar activamente en riñas o en actos delictivos.
 - 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, salvo consultas.
 - Radioterapia y quimioterapia.
 - Cualquier tipo y clase de cirugía.
 - Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula.

- **Tratamiento para insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios de sueño.**
- **Suplementos alimenticios y vitaminas.**
- **Vacunas.**
- **Enfermedades preexistentes.**
- **Cualquier situación de dolo o mala fe por parte del Asegurado.**

IX. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

1. Obligaciones del Contratante

- a) Pagar oportunamente las fracciones de la prima y los ajustes por movimientos mensuales.
- b) Remitir a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la recepción, los consentimientos para las inclusiones (altas) y reportar las exclusiones (bajas) de los Asegurados.
- c) Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio de actividad que se opere en la situación de los Asegurados, dentro del término de 15 (quince) días, contados a partir del día siguiente a que se genere el cambio respectivo.
- d) Dar aviso a la Compañía cuando hubiere cambio de Contratante, dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a que se hubiere efectuado el cambio.
- e) Reintegrar a la Compañía cualquier pago que ésta hubiere realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en los avisos que deba dar a la Compañía conforme a este contrato, sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

El Contratante contará con un término de 5 (cinco) días hábiles, contados a partir del día siguiente al del requerimiento, para reintegrar a la Compañía 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 Compañía a dar por rescindido este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

2. Obligaciones del Asegurado

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

- a) Acudir con médicos y proveedores médicos legalmente autorizados para ejercer su profesión.
- b) Obedecer los tratamientos prescritos por el médico, en beneficio del Asegurado.
- c) 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.
- d) Efectuar los pagos a su cargo en los casos que se establecen en esta Póliza, conforme a los descritos en la carátula de la misma por cobertura.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

X. CLÁUSULAS GENERALES

1. Operativas

1.1 De las empresas

a) AGRUPACIONES ASEGURABLES

Para considerarse como Agrupación asegurable, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Formar parte de un conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
- b. Contar un mínimo de 5 Asegurados entre titulares (al menos 3) y dependientes.
- c. Cumplir con lo establecido en la cláusula de elegibilidad en estas condiciones generales.

b) ELEGIBILIDAD

Esta Póliza solamente puede ser contratada en la república mexicana a conjuntos de personas que cumplan la definición de Agrupaciones asegurables, señalada en esta Póliza. La edad máxima de contratación para el Asegurado Titular es hasta los 69 (sesenta y nueve) años, sin límite de edad para la renovación, siempre que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad:

1. Comprobar que han estado asegurados continua e ininterrumpidamente durante la vigencia inmediata anterior en la Póliza del Contratante.
2. Ser empleado activo o mantener un vínculo legal comprobable con el Contratante.

Los dependientes económicos elegibles del Asegurado Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 69 (sesenta y nueve) años de edad, descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del Asegurado Titular, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros.

La cobertura está disponible para los dependientes económicos del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 24 (veinticuatro años).

1.2. Movimiento de Asegurados

Altas

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

Las personas que ingresen a la Agrupación asegurable o Colectividad con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

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

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

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Compañía 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 Agrupación asegurable o Colectividad 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 Compañía 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.

La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada a los integrantes, calculada en días exactos, dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la baja, mediante transferencia electrónica o cheque proporcionado por el Contratante.

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

En el caso de los seguros de colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente, de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía 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.

1.3. Cambio de plan

En caso de que el Contratante solicite un cambio de plan a uno de mayor amplitud de cobertura la Compañía realizara la suscripción necesaria en concordancia a las políticas de suscripción vigentes al momento de la solicitud.

1.4. Renovación automática

Este seguro será renovado en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades por periodos iguales, sin necesidad de aviso por parte del Contratante, por lo que no se cambiarán las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar periodos de espera o reducir límites de edad ni solicitar requisitos adicionales de asegurabilidad.

Se podrá actualizar el costo de la prima por la correspondiente, de acuerdo con la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato de seguro que en ese momento se tengan registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en el entendido que las condiciones de aseguramiento deberán ser las mismas a las originalmente contratadas. Al concretarse la renovación de la Póliza, se reinstalará la Suma Asegurada por persona por año Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía se entenderá como prueba suficiente de tal aceptación.

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

La Compañía informará con al menos 30 (treinta) días de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima y Coaseguro aplicables a la misma.

En caso de que el Asegurado no desee que se lleve a cabo la renovación, deberá notificarlo a la Aseguradora en los términos previstos en la cláusula “Proceso de Cancelación del Seguro”, de las presentes condiciones, con por lo menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación al vencimiento de la Póliza.

En caso de que la Aseguradora desee no renovar el presente contrato, deberá hacerlo del conocimiento por escrito del Asegurado dentro del mismo plazo.

1.5. 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; sin embargo, podrá ser rehabilitada siempre y cuando el Contratante lo solicite por escrito a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se hizo efectiva la cancelación del Contrato y pague a la Compañía 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 Compañía, agregando el endoso respectivo.

2. Contractuales

2.1. Modificaciones al contrato

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

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme al **artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato.

Cuando el Contratante cambie de plan en la misma Compañía, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Lo anterior, sin limitar la capacidad de la Compañía, de llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Contratante solicite cambios de beneficios o incrementos de Suma Asegurada.

2.2. Disputabilidad

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme a la solicitud de contratación contestada por el Asegurado y/o Contratante, a través del canal de contratación por el cual ha solicitado la celebración del contrato, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los **artículos 8, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

A partir del momento en que se cumplan dos años, contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o en su caso, desde la fecha en que hubiera sido rehabilitada, este contrato no podrá ser rescindido por causa de las omisiones o inexactas declaraciones. Cuando posteriormente a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación, el Asegurado y/o Contratante presentara cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera la Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la Suma Asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese periodo, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

2.3. Rectificación de la Póliza

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones” (**artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro**).

2.4. 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 Compañía, 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 Compañía desde toda la república mexicana al 55 1102 0038, de las 08:30 a las 19:00 horas.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el 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 Compañía generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo.

Cuando el Contratante solicite la cancelación del presente seguro, en caso de que le corresponda, tendrá derecho al pago de la prima pagada no devengada. La devolución de la prima será generada a más tardar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se haya recibido la solicitud de cancelación.

2.5. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, 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 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 Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

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

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

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

2.6. Indemnización por mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 (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 **artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 (treinta) días, señalado en el **artículo 71** antes citado.

2.7. Liberación de responsabilidades

La Compañía no será responsable en caso de que los proveedores de la red o de asistencias 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.

2.8. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82** de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

2.9. Responsabilidad del Asegurado

Los servicios cubiertos están sujetos al límite de la Suma Asegurada, descrita en la carátula de Póliza, 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.

2.10. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse por escrito a la Compañía en el lugar señalado como domicilio de la misma.

En todos los casos en que la dirección de la oficina de la Compañía llegare a ser diferente de la que consta en esta Póliza, deberá comunicar al Contratante la nueva dirección en la república mexicana, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o a sus causahabientes, tendrá validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía.

2.11. Subrogación

De conformidad con el **artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro**, la Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La Compañía 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

solo en parte, el Contratante y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente, hasta el límite de la Suma Asegurada erogada.

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.

2.12. Restitución

El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a la Compañía 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.

2.13. Contratación del uso de medios electrónicos

El Contratante, Asegurado y/o el Beneficiario tienen la opción de pactar la celebración de operaciones y servicios, a través del uso de medios electrónicos que estén disponibles por la Institución para efectos del presente contrato de seguro, por lo que podrán otorgar su consentimiento para aceptar la contratación de su uso, por medio de nuestra página de internet *bbvaseguros.mx*

Para efectos de lo anterior, los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos se encuentran disponibles en nuestra página electrónica y pueden ser consultados en: <https://www.bbva.mx/personas/productos/seguros/terminos-condiciones-de-medios-electronicos-seguros.html>

En dichos términos y condiciones la Institución establece lo siguiente:

- a) Las operaciones y servicios que la Institución podrá proporcionar a través de medios electrónicos**, como lo son: (i) contratación de la Póliza, (ii) consulta de información relacionada con el seguro, (iii) solicitud de duplicado de la Póliza (con costo adicional), (iv) solicitar actualización y/o modificación de información, (v) solicitar aclaraciones, (vi) realizar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro, (vii) modificación o designación de beneficiarios, (viii) alta y modificación del medio de notificación, (ix) desbloqueo de cuentas o contraseñas, (x) modificación de contraseñas, entre otros.
- b) Los mecanismos y procedimientos de identificación del usuario y autenticación**, en el presente apartado el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrá(n) revisar el “identificador de usuario” que utilizará la Institución, es decir, la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que permita reconocer la identidad del propio usuario para la realización de operaciones electrónicas. Asimismo, en este apartado conocerán los “factores de autenticación” que podrá solicitar la Institución, basado en las características físicas del usuario, en dispositivos o información que solo el usuario posea o conozca.
- c) La responsabilidad del usuario y de la Institución respecto a la realización de operaciones por medios electrónicos**, en este apartado la Institución establece la responsabilidad para que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario resguarde(n) de manera correcta las claves de acceso para la realización de las operaciones electrónicas, así como la responsabilidad de la Institución respecto al acceso a los medios electrónicos disponibles.
- d) Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Institución, a través de medios electrónicos**, en este apartado la Institución establece los medios de comunicación para notificar el estatus de las operaciones que se realicen a través de medios electrónicos.
- e) Los mecanismos y procedimiento de cancelación de la contratación de operaciones electrónicas**, en este apartado el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, conocerá(n) el proceso para cancelar el uso de las claves de acceso para medios electrónicos.
- f) Restricciones operativas aplicables de acuerdo al medio electrónico**, en este apartado la Institución comunicará las restricciones, en caso de existir, para el uso de los medios electrónicos, ya sea por sistema o por el uso de los dispositivos.

En la presente cláusula, la Institución le informa al Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, que los productos y/o servicios que se contraten con los medios de identificación y, a través de los medios electrónicos que la Institución tenga disponibles, son en sustitución a la firma autógrafa.

CONDICIONES GENERALES

Tu Médico Particular Empresas

2.14 Comisiones de intermediarios

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado o Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.15. Entrega de documentación contractual

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y/o Contratante, la documentación contractual en la que consten los Derechos y Obligaciones del Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

- a) De manera presencial.
- b) Envío al domicilio del Asegurado por los medios que la Compañía utilice para tal efecto.
- c) Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el Asegurado, previo consentimiento del Contratante y/o Asegurado. Dicho envío se realizará en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato equivalente.
- d) En caso de reimpresiones, se podrá solicitar dicha documentación a través del Servicio de Atención a Clientes (SAC).

El Asegurado y/o Contratante podrá, al momento de la contratación o través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual; comunicándose: (1) desde toda la república mexicana al (55) 54486812, opción 4-1, y (2) enviando un correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el inciso b), 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 inciso c), la Compañía dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico o por medios electrónicos 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 Compañía procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío.

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, 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 (treinta) días naturales, contados a partir de la contratación del presente seguro.

Adicionalmente, si el Asegurado y/o Contratante no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 55 5448 6812, opción 4, 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 consultar el anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales, podrás hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurossalud.com.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en las siguiente liga: www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes.

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa, ubicada en Avenida Ejército Nacional, número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, colonia Granada, alcaldía Miguel Hidalgo, código postal 11520, Ciudad de México, teléfono (55) 52021701, ext. 5432, correo electrónico une@bupa.com.mx, en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves, de 08:00 a 17:00 horas, y viernes de 08:00 a 15:00 horas.

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. 55 3547 3921.
Correo electrónico: uneseuros2.mx@bbva.com

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

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

Tu Médico Particular Empresas

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.bbvassegurosalud.com.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas.
- Recuerda que si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado.

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

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención desde toda la república mexicana: 55 5448 6812, o escribe a atencionbbvaseguros@bbva.com

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada 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 horas (hora del Centro de México).

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacta a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa, ubicada en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, colonia Granada, alcaldía Miguel Hidalgo, código postal 11520, Ciudad de México, teléfono (55) 52021701, ext. 5432, correo electrónico une@bupa.com.mx, en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves, de 08:00 a 17:00 horas, y viernes de 08:00 a 15:00 horas.

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. 55 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvassegurosalud.com.mx

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de Marzo de 2026, con el número CNSF-H0704-0052-2026/CONDUSEF-007181-01”.

Seguro de Salud Tu Médico Particular Empresas

Folleto de Asistencia

Servicio de Médico a Domicilio

Cuando el Asegurado no pueda trasladarse a una consulta médica y la situación pueda resolverse en su domicilio por un médico general, sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá sin límite de eventos al envío de un médico general a domicilio, sujeto a valoración médica por parte del médico que recibe la llamada de solicitud y previa disponibilidad de la red médica del proveedor en las principales ciudades y localidades de la república mexicana.

En los demás lugares, Asistencia hará lo posible por ayudar al usuario a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad.

Este servicio no tiene límite de eventos.

Exclusiones particulares de este servicio:

- 1) Cuadro psicótico de cualquier naturaleza.**
- 2) Estado de alerta inconsciente, estuporoso y comatoso.**
- 3) Politraumatismos, traumatismo craneo encefálico severo, enfermos infectocontagiosos y con VIH positivo.**
- 4) Intoxicaciones graves.**
- 5) Farmacodependientes.**
- 6) Intoxicación etílica.**
- 7) Lesiones producidas por intento de suicidio o riñas y fallecidos.**
- 8) Así como si se comete un delito o la atención llevara a un aborto.**
- 9) Heridas intencionales por arma blanca o de fuego.**

Envío de Medicamentos

En caso de prescripción de medicamentos por el médico que le atendió en su domicilio, el seguro incluye su envío al domicilio del Asegurado.

Para hacer uso del servicio, deberá comunicarse a la línea establecida y enviar copia de la receta emitida por el médico. Se estará entregando el medicamento en un horario de 08:00 a.m. a 09:00 p.m., en las principales ciudades. Después de ese horario, se entregará en el siguiente horario disponible a la mañana siguiente.

Este servicio no tiene límite de eventos y siempre será derivado del servicio de Médico a Domicilio.

Exclusiones particulares de este servicio:

- 1) Por ningún motivo se prestarán peticiones fuera de la ley, quedan excluidas las peticiones como compra, monitoreo o cualquier tipo de información acerca de narcóticos, o compra ilícita que afecte la integridad del servicio y del usuario.**
- 2) Peticiones fuera del marco legal o ético.**
- 3) Servicio sujeto a disponibilidad, términos y condiciones de los proveedores.**
- 4) Cuando el titular no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente la asistencia o bien incurra en falsedad de declaraciones.**
- 5) No se aceptarán recetas con tachaduras o enmendaduras.**

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 08:30 a 19:00 h
Desde toda la república mexicana: **55 5448 6812**

Atención a Siniestros:

55 5448 6812 desde toda la república mexicana.
Servicio las 24 h, los 365 días del año.