



Seguros Salud

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos Básico Estandarizado

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
1. Relativas al contrato	3
Accidente	3
Asegurado	3
Contrato de seguro	3
Póliza	3
Fecha de inicio de cobertura	4
Fecha de inicio de vigencia	4
Fecha de término de vigencia	4
La Institución	4
Recibo de pago	4
Solicitud	4
Enfermedad	4
2. Relativas a la cobertura	4
Apendicectomía	4
Cáncer	4
Cirugías de corazón	5
Colecistectomía	5
Fracturas de huesos	5
Hospitalización	5
Infarto cardiaco agudo	5
Infarto o derrame cerebral	5
Institución hospitalaria	5
Insuficiencia renal crónica	5
Litiasis (litotripsia)	5
Politraumatismo	5
Preexistencia	5
Renta diaria	6
SIDA	6
Suma asegurada	6
Trasplante de órganos mayores	6
II. OBJETO DEL SEGURO	6
1. Renta Diaria por Hospitalización	6
2. Indemnización por diagnóstico o tratamiento	6
III. CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS	7
IV . EVENTOS CUBIERTOS	9
1. Renta Diaria por Hospitalización	9
2. Indemnización por diagnóstico o tratamiento	9

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

V. EXCLUSIONES	10
VI. PAGO DE INDEMNIZACIONES	11
1. Límites de Indemnizaciones	11
2. Comprobación del Evento Cubierto	11
VII. CLÁUSULAS GENERALES	12
1. Cláusulas de Interés para El Asegurado	12
a) Renovación	12
b) Primas	13
c) Ajustes por movimientos de Asegurados	13
d) Edad alcanzada	13
e) Periodo de gracia	13
f) Reconocimiento de antigüedad	13
2. Cláusulas Operativas	14
a) Residencia	14
b) Vigencia	14
c) Modificaciones	14
3. Cláusulas Contractuales	14
a) Competencia	14
b) Preexistencia	14
c) Prescripción	15
d) Omisiones o inexactas declaraciones	15
e) Moneda	15
f) Notificaciones	15
g) Revelación de comisiones	15
h) Interés moratorio	15
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	19

“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 30 de noviembre de 2009, con el número CNSF-H0704-0057-2009 y del día 09 de febrero de 2016, con el número RESP-H0704-0036-2015/CONDUSEF-002126-02”.

I. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones.

1. Relativas al contrato

Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales.

Asegurado

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

Contrato de seguro

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

Este contrato de seguro está constituido por:

- Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro
- La Póliza
- Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato
- Las condiciones generales
- Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo

Póliza

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

a) Carátula de la Póliza. Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento, y en el que se señala:

- Nombres y firmas de los representantes de la Institución
- Nombre y domicilio del Contratante
- La designación de las personas aseguradas
- La naturaleza de los riesgos transferidos
- Fecha de inicio y fin de vigencia
- Lista de endosos incluidos
- El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo, tales como deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
- Cobertura contratada
- Prima del seguro
- Montos de suma asegurada o tipo de plan

b) Condiciones generales. Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y las características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y los derechos que cada parte tiene de acuerdo con las

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos Básico Estandarizado

disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

- c) **Endosos.** Documento generado por la Institución, previo acuerdo entre las partes 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 por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

- d) **La información para la orientación en caso de siniestro.** Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

Fecha de inicio de cobertura

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

Fecha de inicio de vigencia

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

Fecha de término de vigencia

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

La Institución

Nombre con el cual se designará a BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero Bancomer en este documento, la cual está constituida de acuerdo con las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la Póliza.

Recibo de pago

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

Solicitud

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

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo que amerite tratamiento médico.

2. Relativas a la cobertura

Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

Cirugías de corazón

Operación quirúrgica con tórax abierto para la colocación de conductos sanguíneos (bypass), ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastia con colocación de stent.

Colecistectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

Fracturas de huesos

Ruptura de un hueso. Ésta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

Hospitalización

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una Institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

Infarto cardiaco agudo

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardiaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardiaco.

Infarto o derrame cerebral

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

Institución hospitalaria

Institución pública o privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año, y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Insuficiencia renal crónica

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

Litiasis (litotripsia)

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

Preexistencia

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- 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.
- b) Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

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

Renta diaria

Es la indemnización que pagará la Institución por cada día de hospitalización.

SIDA

Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

Suma asegurada

Es la responsabilidad a cargo de la Institución por pago de cada evento cubierto.

Trasplante de órganos mayores

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

II. OBJETO DEL SEGURO

1. Renta Diaria por Hospitalización

Si durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado incurriera en una hospitalización cubierta, la Institución pagará la renta diaria estipulada en la carátula de la Póliza por cada día de hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de rentas diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en el numeral IV EVENTOS CUBIERTOS, numeral 1.

2. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, la Institución pagará la respectiva suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en el numeral IV EVENTOS CUBIERTOS, numeral 2.

III. CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS

Producto Básico Gastos Médicos

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y Observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máx. de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de espera
Renta diaria por Hospitalización	Enf. y Acc. Cubiertos en GM, sin periodo de espera	Aplican Exclusiones ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	30 días En caso de Accidentes no aplica
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, hemorroides, fistulas y fisuras rectales (o prolapsos del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales	Aplican Exclusiones ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Parto normal	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren complicaciones del parto, máximo hasta 30 días	1/2 SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren complicaciones del parto máximo hasta 30 días	1/2 SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

	Fractura de huesos	Excepto pies, manos y nariz	1 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de piel e in situ, son excluidos	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto cardiaco agudo y cirugías de corazón	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o infarto cerebral	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
	Trasplantes de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismo	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF: Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

1) Numeral V. EXCLUSIONES, de estas condiciones generales

2) Monto de indemnización por día

(* En el caso de indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento

Enf. y Acc.: Enfermedades y Accidentes

GM: Gastos Médicos

Especificaciones

a) Edad máxima de aceptación: 64 años.

b) Edad máxima de renovación: vitalicia.

c) Periodo de pago de primas: anual.

d) El pago se efectúa al Asegurado, no es reembolso ni pago directo de gastos médicos.

e) Para el pago de la cobertura, se requiere informe médico, radiografías, pruebas y constancias de hospitales.

f) Proceso de reclamación y solicitud del seguro: homogéneos.

g) Para pago de indemnización diaria por hospitalización, se requiere factura hospitalaria y constancia de los días de hospitalización por parte del hospital. En caso de Institución hospitalaria pública, se solicitará constancia por parte del área de trabajo social.

IV . EVENTOS CUBIERTOS

1. Renta Diaria por Hospitalización

Se indemniza la renta diaria de acuerdo con lo siguiente:

- a) En el caso de hospitalización, cuando se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la Póliza en esta Institución para el Asegurado afectado; salvo en caso de accidentes, la cobertura inicia a partir del primer día. El tiempo máximo de pago es de 30 días.
- b) Para la hospitalización por parto normal y cesárea, siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Institución; con máximo de 2 días de renta diaria. En caso de complicación del parto, ésta queda cubierta por un tiempo máximo de hasta 30 días, igualmente siempre y cuando la madre cuente con al menos 12 meses de vigencia.
- c) Para la hospitalización por las complicaciones del recién nacido, siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Institución; con un máximo de 30 días de renta diaria.
- d) La renta diaria de los siguientes padecimientos, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Institución:
 - Padecimientos ginecológicos
 - Padecimientos de la columna vertebral
 - Padecimientos de glándulas mamarias
 - Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto
 - Amigdalitis y adenoiditis
 - Hernias y eventraciones
 - Nariz o senos paranasales

Tratándose de politraumatismo, no operará el periodo de espera antes señalado.

5. En los demás casos cuando la hospitalización se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la Póliza en esta Institución para el Asegurado afectado.

El límite de responsabilidad a cargo de la Institución por pago de rentas diarias será hasta un máximo de 30 días de indemnización por padecimiento, por cada año de vigencia, excepto en parto normal y cesárea, en los cuales será máximo de 2 días.

2. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Se indemniza la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para cada uno de los siguientes eventos:

1. Para fracturas de huesos y politraumatismos, a partir del primer día de vigencia de la Póliza para el Asegurado afectado. En el caso de fracturas de huesos, la indemnización es única dentro de la vigencia de la Póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

Quedan excluidas las fracturas de huesos del pie, las manos y la nariz.

2. Para los siguientes eventos, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 3 meses de vigencia continua en la Póliza en esta Institución:

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

- Apendicectomía
- Colectomía
- Litiasis
- Cáncer (excepto cáncer no invasivo in situ y el cáncer de piel)
- Infarto cardíaco agudo y cirugías de corazón
- Trasplantes de los siguientes órganos mayores: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea
- Insuficiencia renal crónica

Para cada uno de estos eventos, la suma asegurada es única en la vida del Asegurado. Tratándose de derrame o infarto cerebral, no operará el periodo de espera antes señalado.

3. Para SIDA, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 4 años de vigencia continua en la Póliza en esta Institución.

La suma asegurada es única en la vida del Asegurado.

El SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que hayan transcurrido los primeros 4 años de vigencia continua de la Póliza en esta Institución.

V. EXCLUSIONES

Para efectos de este contrato de seguro, quedan excluidas las rentas diarias por Hospitalización e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- a) Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro.**
- b) Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**
- c) Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**
- d) Hospitalización o eventos debidos a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- e) Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave, estando bajo influencia de algún enervante o estimulante que no haya sido prescrito por un médico.**
- f) Hospitalización o eventos a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.**
- g) Hospitalización o eventos causados por la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**
- h) Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**
- i) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de “check up”.**
- j) Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.**

- k) Gastos o manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su periodo de espera.
- l) Tratamientos en vías de experimentación.
- m) Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.
- n) Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

VI. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Límites de Indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de la Institución dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todos los documentos que fundamenten la indemnización que la Institución haya solicitado, de acuerdo con lo citado en el numeral 2. Comprobación del Evento Cubierto, numeral VI.

Las indemnizaciones para los eventos cubiertos citados en el numeral 4, se pagarán de acuerdo con los siguientes límites:

EVENTO	RENTA DIARIA
Hospitalización	De acuerdo con 4.a 1/2 SMMGVDF*

***SMMGVDF: Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal.**

EVENTO	DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO	SUMA ASEGURADA
Indemnizaciones	De acuerdo con 4.b.1 Fractura de huesos	1 SMMGVDF*
	De acuerdo con 4.b.2 Colecistectomía Litiasis Apendicectomía	5 SMMGVDF*
	Cáncer Infarto cardiaco agudo y cirugías de corazón Derrame o infarto cerebral Trasplante de órganos mayores Insuficiencia renal Politraumatismos	20 SMMGVDF*
	De acuerdo con 4.b.3 Sida	20 SMMGVDF*

***SMMGVDF: Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal.**

2. Comprobación del Evento Cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- a) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos Básico Estandarizado

- b) En el caso de una reclamación por renta diaria por hospitalización, será indispensable presentar:
- El comprobante de la institución hospitalaria, con el nombre completo del paciente, el diagnóstico y el número de días de estancia
 - La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados)
- c) En caso de una Indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:
- El informe del médico tratante
 - Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los 2 años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, la Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que la Institución no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.

En caso de que la Institución notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y la Institución para un arbitraje privado.

La Institución acepta que si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Institución, quienes al momento de acudir a ella, deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por la Institución.

VII. CLÁUSULAS GENERALES

1. Cláusulas de Interés para El Asegurado

a) Renovación

Este contrato de seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el Asegurado no da aviso por escrito, o por cualquier otro medio pactado con la Institución, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Institución, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Institución acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su contrato de seguro en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b) Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión. En cada renovación, la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

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

c) Ajustes por movimientos de Asegurados

En el caso de altas de Asegurados, la Institución cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza, y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, se procederá de forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de primas.

d) Edad alcanzada

1. La Institución aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación, la Póliza podrá ser renovada de acuerdo con las cláusulas de renovación y ajustes por movimientos de Asegurados incluidos en ella, y podrá efectuarse mientras vivan los Asegurados mediante la obligación del pago de la prima.
2. Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los Asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y la Institución reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
3. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del contrato de seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor, se devolverá la prima pagada en exceso.
4. La Institución se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Institución deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

e) Periodo de gracia

El Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de la vigencia para efectuar el pago de la prima.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización. Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo.

f) Reconocimiento de antigüedad

No se reconocerá antigüedad entre Instituciones.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

2. Cláusulas Operativas

a) Residencia

Para efectos de esta Póliza, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la república mexicana.

b) Vigencia

La vigencia de este contrato de seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la Póliza.

c) Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

3. Cláusulas Contractuales

a) Competencia

En caso de controversia, el Asegurado y/o Contratante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada para la Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del usuario.

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 los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones.

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

b) Preexistencia

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

1. Que previamente a la celebración de un contrato de seguro, 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 algún diagnóstico.
2. Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
3. Que previamente a la celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia de la Póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

c) Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, tal como lo previene el **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82** de la misma ley.

El plazo del que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa Institución, conforme a lo dispuesto por el **artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

d) Omisiones o inexactas declaraciones

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

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

e) Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta Póliza se efectuarán en moneda nacional.

f) Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el Contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a la Institución en su domicilio social indicado en la carátula de la Póliza, estando obligada a expedir constancia de la recepción.

Cualquier notificación realizada por la Institución relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el Contratante para tal efecto.

g) Revelación de comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato de seguro.

La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

h) Interés moratorio

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del **artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el **artículo 71** antes citado.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

“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 30 de noviembre de 2009, con el número CNSF-H0704-0057-2009 y del día 09 de febrero de 2016, con el número RESP-H0704-0036-2015/CONDUSEF-002126-02”.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Gastos Médicos
Básico Estandarizado

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de marzo de 2010, con el número RESP-H0704-0001-2009/G00798001”.

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

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

Con domicilio en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. (hora del Centro de México).

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

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

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio al Cliente de la Institución, desde toda la república mexicana al (55) 1102 0038, de lunes a viernes de las 8:30 a las 16:00 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de junio de 2016, con el número RESP-H0704-0003-2016/G00221001”.

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

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

Cuando se contrata un seguro de vida, accidentes y enfermedades (gastos médicos mayores, accidentes personales o salud); es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado, al momento de adquirir una protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación. Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

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

Es muy fácil:

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

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

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

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

Si presentaste una queja ante la CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico si las partes no se sometieron a arbitraje. En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención. Desde toda la república mexicana: (55) 1102 0038 o escribe a atencionbbvaseguros@bbva.com

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

www.bbvasegurossalud.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de junio de 2015, con el número RESP-H0704-0032-2015/G00217001”.

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

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

Centro de Atención a Siniestros

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

800 32 SALUD
800 32 72583

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