



Seguros Salud

Seguro Individual o Familiar de Salud Básico Estandarizado

Condiciones Generales

1. DEFINICIONES	3
1.1. Accidente	3
1.2. Asegurado	3
1.3. Cobertura	3
1.4. La Institución	3
1.5. Consulta	3
1.6. Contratante	3
1.7. Contrato de seguro	3
1.8. Copago	3
1.9. Dependientes económicos	3
1.10. Diagnóstico	3
1.11. Edad	4
1.12. Enfermedad o padecimiento	4
1.13. Estudios de laboratorio o gabinete	4
1.14. Expediente médico	4
1.15. Fecha de ingreso a la Institución	4
1.16. Fecha de inicio de cobertura	4
1.17. Fecha de inicio de vigencia	4
1.18. Fecha de término de vigencia	4
1.19. Gasto médico	4
1.20. Gastos médicos correctivos	4
1.21. Gastos médicos preventivos	4
1.22. Lugar de residencia	4
1.23. Médico	5
1.24. Médico de primer contacto	5
1.25. Médico especialista	5
1.26. Pago directo	5
1.27. Periodo de gracia	5
1.28. Plan	5
1.29. Póliza	5
1.30. Preexistencia	6
1.31. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios	6
1.32. Reclamación o solicitud de servicios	6
1.33. Recibo de pago	6
1.34. Red Médica	6
1.35. Reembolso	6
1.36. Salud	6
1.37. Solicitud	6
1.38. Solicitante Titular o Asegurado Titular	6
1.39. Suma Asegurada	6
1.40. Territorio	6
1.41. Tratamiento Médico	7
2. OBJETO DEL SEGURO	7
3. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	7
3.1. Gastos Médicos Preventivos	8
3.2. Gastos médicos correctivos	9

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

4. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES	9
4.1. Siniestros	9
4.2. Pago de reclamaciones	9
5. CLÁUSULAS GENERALES	10
5.1. Periodo de Pago de Beneficio	10
5.2. Modificaciones y notificaciones	10
5.3. Vigencia	10
5.4. Residencia	11
5.5. Red Médica	11
5.6. Primas	11
5.7. Revelación de Comisiones	11
5.8. Altas	11
5.9. Bajas	12
5.10. Ajustes	12
5.11. Renovación	12
5.12. Prescripción	12
5.13. Moneda	12
5.14. Forma de pago	13
5.15. Lugar de pago	13
5.16. Omisiones o inexactas declaraciones	13
5.17. Competencia	13
5.18. Edad	13
5.19. Servicio de pago directo	14
5.20. Sistema de pago por reembolso	14
5.21. Interés moratorio	14
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	17

“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 febrero de 2010, con el número CNSF-H0704-0070-2009 y del día 09 de febrero de 2016, con el número RESP-H0704-0037-2015/CONDUSEF-002124-02”.

1. DEFINICIONES

Para efectos del siguiente contrato se considerarán las siguientes definiciones.

1.1. Accidente

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

1.2. Asegurado

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

1.3. Cobertura

Beneficios ofrecidos por este seguro dirigido a prevenir y restaurar la salud con acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Tiene como objeto cubrir los gastos médicos preventivos y correctivos erogados en territorio nacional.

1.4. La Institución

Nombre con el cual se designará a la Institución 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.

1.5. Consulta

Relación médico-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.

1.6. Contratante

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

1.7. 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:

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

1.8. Copago

Cantidad fija o porcentaje a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los gastos médicos preventivos y correctivos.

1.9. Dependientes económicos

Cónyuge o concubino e hijos del Asegurado que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.

1.10. Diagnóstico

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

1.11. Edad

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

1.12. Enfermedad o padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

1.13. Estudios de laboratorio o gabinete

Análisis necesarios para soportar la valoración del estado de salud del paciente, realizados por instituciones autorizadas para tal efecto.

1.14. Expediente médico

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

1.15. Fecha de ingreso a la Institución

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

1.16. 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.

1.17. Fecha de inicio de vigencia

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

1.18. 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.

1.19. Gasto médico

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

1.20. Gastos médicos correctivos

Son los gastos que realiza el Asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud y evitar complicaciones posteriores. Gastos que se realizan por consultas médicas y estudios de laboratorio y gabinete a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes condiciones generales.

1.21. Gastos médicos preventivos

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

1.22. Lugar de residencia

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, domicilio habitual.

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

1.23. Médico

Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en territorio nacional.

1.24. Médico de primer contacto

Médico de la red de la Institución que puede ser médico general, médico familiar, gineco-obstetra o pediatra que presta sus servicios médicos a los Asegurados.

1.25. Médico especialista

Médico de la Red de la Institución que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad, y que presta sus servicios a los Asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad.

1.26. Pago directo

Es el pago que realiza directamente la Institución al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato respectivo.

1.27. Periodo de gracia

Plazo que la Institución 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.

1.28. Plan

Conjunto de características específicas del contrato de seguro.

1.29. Póliza

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

- a) Carátula de 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, copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
 - Cobertura Contratada
 - Prima del Seguro
 - Monto 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 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.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

1.30. 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 o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el expediente médico o clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- 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.

1.31. 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.

1.32. Reclamación o solicitud de servicios

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

1.33. 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.

1.34. Red Médica

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

1.35. Reembolso

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

1.36. Salud

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

1.37. Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y del 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 el Asegurado.

1.38. Solicitante Titular o Asegurado Titular

Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.

1.39. Suma Asegurada

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

1.40. Territorio

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

1.41. Tratamiento Médico

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

2. OBJETO DEL SEGURO

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, en adelante denominada la Institución, se obliga a cubrir al Asegurado los beneficios especificados en la descripción de cobertura (numeral III), siempre y cuando ocurra el evento cubierto durante la vigencia de la Póliza y se cumpla con lo establecido en el numeral IV. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES.

3. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Este producto ofrece al Asegurado dos coberturas:

- Gastos médicos preventivos y
- Gastos médicos correctivos

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de gastos médicos preventivos y consultas de gastos médicos correctivos en territorio nacional, especificados en las presentes condiciones generales, a los que tienen derecho los Asegurados, con el fin de preservar su salud o detectar oportunamente enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Los gastos médicos correctivos, estudios de laboratorio y gabinete, consultas o exámenes médicos cubiertos, podrán realizarse con los médicos o instituciones elegidas por el Asegurado o los mencionados en la relación que se muestra en el folleto explicativo de la Institución.

Módulo	Edad	Consultas			Estudios de laboratorio o Gabinete		
		Número	Suma asegurada máxima	Copagos	Concepto	Suma asegurada máxima	Copagos
Preventivo	0 a 17	3	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*			
	18 a 40	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	a) Biometría hemática b) Examen general de orina c) Química sanguínea de tres elementos	8 SMDGVDF*	20%
	41 o más	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	Hombres a) Examen general de orina b) Química sanguínea de cinco elementos c) Biometría hemática d) Antígeno prostático Mujeres a) Examen general de orina b) Química sanguínea de cinco elementos c) Biometría hemática d) Papanicolau	20 SMDGVDF*	20%
Correctivo	Todas	3	Primer contacto 4 SMDGVDF* Especialista 8 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	Los que el médico indique	20 SMDGVDF*	20%

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

***SMDGVDF: Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal.**

3.1. Gastos Médicos Preventivos

Gastos médicos preventivos cubiertos

Mediante esta cobertura, el Asegurado tendrá derecho, en cada año Póliza, a los siguientes beneficios de gastos médicos preventivos:

- a) Para menores de 18 años de edad:
Tres consultas

- b) A partir de 18 años y 1 día antes de hasta 41 años de edad:
Dos consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:
 - Examen general de orina
 - Biometría hemática
 - Química sanguínea de tres elementos

- c) A partir de 41 años de edad:
Dos consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:

Para varones

- Examen general de orina
- Química sanguínea de 5 elementos
- Biometría hemática
- Antígeno prostático

Para mujeres

- Examen general de orina
- Química sanguínea de 5 elementos
- Biometría hemática
- Papanicolau

Para esta cobertura únicamente aplica el copago según corresponda.

- a) En el caso de las consultas, el Asegurado deberá asumir el copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.
- b) La Institución pagará la cantidad en exceso del copago hasta la suma asegurada máxima por consulta especificada en la carátula de la Póliza.
- c) Respecto a estudios de laboratorio o gabinete, el Asegurado deberá asumir el copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto, aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la suma asegurada máxima de esta cobertura.

La Institución pagará la cantidad en exceso del copago hasta la suma asegurada máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

Gastos médicos preventivos no cubiertos

- a) **No se cubre ninguna vacuna ni medicamento.**

b) No se cubrirán Consultas ni exámenes de laboratorio y gabinete que no estén especificados en los puntos anteriores.

3.2. Gastos médicos correctivos

Gastos médicos correctivos cubiertos

Se cubren, en cada año Póliza, tres consultas con médicos de primer contacto o médicos especialistas, con excepción de las consultas mencionadas en las exclusiones de esta cobertura.

También se cubrirán estudios de laboratorio y gabinete, excepto los estudios mencionados en las exclusiones de esta cobertura.

Estos beneficios se otorgan para todos los Asegurados, a partir de la fecha de alta en la Póliza.

Para esta cobertura únicamente aplica el copago según corresponda.

- a) En el caso de las consultas, de acuerdo con el tipo de médico (médicos de primer contacto o médicos especialistas), el Asegurado deberá asumir el copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.
- b) La Institución pagará la cantidad en exceso del copago hasta la suma asegurada máxima por consulta especificada en la carátula de la Póliza.
- c) Respecto a estudios de laboratorio o gabinete, el Asegurado deberá asumir el copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto, aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la suma asegurada máxima de esta cobertura.

La Institución pagará la cantidad en exceso del copago hasta la suma asegurada máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

Gastos médicos correctivos no cubiertos

- a) **Consultas, estudios y tratamientos relacionados a las afecciones propias del embarazo, parto o puerperio, dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones. No se cubren las consultas, estudios y tratamientos de carácter obstétricos o del control del embarazo.**
- b) **Consultas, estudios o tratamientos con dietistas ni de carácter estético.**
- c) **Padecimientos preexistentes.**

4. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES

4.1. Siniestros

- a) Es obligación del Asegurado pagar en cada consulta el monto equivalente al copago correspondiente de acuerdo con lo señalado en los numerales 1 y 2
- b) Los estudios de laboratorio y gabinete, correspondientes a gastos médicos correctivos, sólo serán autorizados en caso de que el médico de primer contacto o especialista así lo considere, remitiéndose una nueva orden de atención.
- c) Es obligación del Asegurado pagar el monto equivalente al copago indicado en la carátula de la Póliza sobre el valor de la(s) factura(s) de los estudios realizados.

4.2. Pago de reclamaciones

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Institución, en el curso de los primeros 30 días naturales, de cualquier reclamación que pueda ser motivo de reembolso.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Institución la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además de los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurados o familiares del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación.
- d) La Institución sólo reembolsará los honorarios de médicos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos realizados por estudios de laboratorio y gabinete en empresas legalmente autorizadas.
- e) La Institución reembolsará al Asegurado, o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

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

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

5. CLÁUSULAS GENERALES

5.1. Periodo de pago de beneficio

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

5.2. Modificaciones y notificaciones

El contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Institución, siempre y cuando no implique cambios a las características o cobertura del producto básico estandarizado.

Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (**artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Institución, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

5.3. Vigencia

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

5.4. Residencia

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

5.5. Red Médica

La relación de proveedores con los que la Institución tiene convenio, incluida en el folleto explicativo, la Institución tendrá la obligación de poner a disposición del Asegurado, en caso de que exista un cambio en la red de la Institución.

5.6. Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su 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 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.

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

En tanto la prima no sea liquidada, no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier reembolso.

Los pagos deberán efectuarse:

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

5.7. Revelación de comisiones

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

5.8. Altas

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

Del mismo modo, si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza siempre que se dé aviso a la Institución del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el numeral 6. Primas.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato, nacidos durante la vigencia de la presente Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a la Institución a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente de acuerdo con los lineamientos establecidos en el numeral 6. Primas.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

5.9. Bajas

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

5.10. Ajustes

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

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

5.11. Renovación

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

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

La Institución acuerda que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su Póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los Asegurados de este contrato cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en el numeral 16. Omisiones o Inexactas Declaraciones, del numeral V. CLÁUSULAS GENERALES, de estas condiciones generales.

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

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

5.12. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley, que establece lo siguiente:

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

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

5.13. Moneda

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

5.14. Forma de pago

Este producto se operará sólo con forma de pago anual.

5.15. Lugar de pago

Los pagos deberán efectuarse:

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

5.16. Omisiones o inexactas declaraciones

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

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

5.17. Competencia

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las Instituciones deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada para la Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia 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 dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

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

5.18. Edad

- a) 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 los numerales de Renovación, Altas y Bajas para los Asegurados incluidos en ella, y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, 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.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado 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, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor, se devolverá la prima pagada en exceso.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
Básico Estandarizado

- d) 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.

5.19. Servicio de pago directo

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, podrá hacer uso del servicio de pago directo en el que, previa verificación de la Institución respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago de las consultas, exámenes médicos y estudios de laboratorio y gabinete que correspondan de acuerdo con el lugar de residencia, edad y sexo del Asegurado, especificado en las presentes coberturas, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el copago que correspondan.

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

Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago del recibo no se otorgará el servicio de pago directo si la Póliza no ha sido pagada operando el pago únicamente vía reembolso.

5.20. Sistema de pago por reembolso

Se cubrirá el costo de las consultas médicas y de los estudios de laboratorio y gabinete cubiertos, menos el monto equivalente al copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la Póliza.

5.21. 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 **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.

“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 febrero de 2010, con el número CNSF-H0704-0070-2009 y del día 09 de febrero de 2016, con el número RESP-H0704-0037-2015/CONDUSEF-002124-02”.

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 teléfono: (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana y enviando un correo electrónico: bbvaseguros.mx@bbva.com

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Individual o Familiar de Salud
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 03 de marzo de 2010, con el número RESP-H0704-0002-2009/G00799001”.

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 uneseuros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000, ext. 46115 desde toda la república mexicana.

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

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

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

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en 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.bbvassegrossalud.com.mx

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

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00

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